ÜBER INFANTILE HYSTERIE.

BEOBACHTUNGEN AUS DEM KINDERSPITAL ZU BASEL

VON

MARC DUVOISIN,

PRACT. ARZT AUS GRANDSON,
Z. Z. ASSISTENZARZT AM KINDERSPITAL ZU BASEL.

SEPARATABDRUCK AUS »JAHRBUCH FÜR KINDERHEILKUNDE«. XXIX. BAND. 4. HEFT.

DRUCK VON B. G. TEUBNER IN LEIPZIG.

1889.

ÜBER

INFANTILE HYSTERIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DES DOCTORGRADES

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

MARC DUVOISIN

AUS GRANDSON,

Z. Z. ASSISTENZARZT AM KINDERSPITAL ZU BASEL.

GENEHMIGT AUF ANTRAG

VON HERRN PROF. DR. HAGENBACH-BURCKHARDT.

DRUCK VON B. G. TEUBNER IN LEIPZIG.

1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548826_0134

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN PROFESSOR

Dr. E. HAGENBACH-BURCKHARDT

DIRECTOR DER KINDERKLINIK ZU BASEL

IN HOCHACHTUNG UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Von allen Autoren, die sich mit Hysterie beschäftigt haben, zeichnet sich Liebermeister[1]) besonders dadurch aus, dass er im Krankheitsbild der Hysterie die psychischen Symptome als die wichtigsten ansieht; er erklärt deshalb die Hysterie als das Product einer functionellen Erkrankung des Gehirns selbst und zwar der grauen Hirnrinde, bezeichnet somit die Hysterie direct als eine psychische Krankheit.

Von den Psychosen im engeren Sinne, wie Melancholie, Manie, glaubt er sie dadurch unterschieden, dass er andere Functionen des Grosshirns, andere Gebiete seiner mannigfachen Thätigkeit für gestört hält.

Dieser Auffassung steht mit Anderen Leidesdorf[2]) gegenüber, er spricht von der Hysterie als von einer ausgebreiteten Neurose, die oft mit psychischen Störungen einhergeht, welche er als Complicationen der Neurose erklärt. Doch muss er zugeben, dass diese Complicationen oft das Krankheitsbild beherrschen.

Mir scheint die Thatsache, dass in der Hysterie der Kinder wie der Erwachsenen die psychischen Symptome niemals fehlen, ja sogar oft die ersten und einzigen Aeusserungen der Krankheit bilden, gegen blosse Complication zu sprechen und ich möchte mich Liebermeister's Ansicht anschliessen und die Hysterie in ihren Grundzügen als psychische Krankheit auffassen; es scheint mir dieser Schluss nach den

---

1) Liebermeister, Ueber Hysterie und deren Behandlung. Leipzig 1883.

2) Wiener med. Wochenschrift 1884. Nr. 26 u. 27.

in der Literatur beschriebenen und den selbst beobachteten Fällen gerechtfertigt zu sein. Selbst Symptome, die man somatische, körperliche nennt, wie z. B. hysterische Lähmungen oder Contracturen, entstehen gewiss nicht in den peripheren Nervengebieten; sie sind ebenso gut wie die Veränderung des Charakters, die Launenhaftigkeit, die Gehörs- und Gesichtshallucinationen und die Zwangsvorstellungen als Producte krankhafter Vorgänge im Gehirn selbst anzusehen; sie alle tragen den Charakter echter psychischer Symptome. Strümpell[1]) sagt von ihnen: „Stets hat man den Eindruck, die Kranken könnten z. B. ihr gelähmtes Glied sehr wohl bewegen, wenn sie nur wollten; sie können aber nicht wollen und gerade darin besteht der krankhafte Zustand.“ Dass zu gleicher Zeit mit der Gehirnaffection auch andere Gebiete des Nervensystems erkrankt sein können und es in der That in manchen Fällen sind, wird natürlich nicht in Abrede gestellt, doch wird eine Functionsstörung der grauen Hirnrinde allein genügen, um den ganzen Symptomencomplex, das vollständige Bild der Hysterie zu erzeugen.

Eine weitere Bestätigung der Liebermeister'schen Ansicht sehe ich in der Zutheilung der Hypochondrie zu den Psychosen. Früher galt diese Krankheit, die mit der Hysterie so viel Gemeinsames zeigt und deshalb auch leicht mit ihr verwechselt wird, als Uebergangsform von den Neurosen zu den Psychosen; jetzt ist ihr der Platz bei den Psychosen allgemein zuerkannt (v. Krafft-Ebing)[2]) und gleiche Stellung gebührt auch der Hysterie.

Endlich möchte ich noch eine Art des Verlaufes der Hysterie, nämlich ihren öfters ganz allmählichen Uebergang in eine schwere Geisteskrankheit anführen. Am Anfang wohl mögen sich die psychischen Störungen (seien sie nun Complication oder Krankheit selbst) als von vorübergehender Natur erweisen, sie können verschwinden, ohne auf das geistige Leben der Kranken weiteren bleibenden Einfluss auszuüben. Wiederholen sich aber die schädigenden Momente, treten sie mit grösserer Hartnäckigkeit und Intensität auf, besonders, wie es in vielen Fällen zu sein pflegt, bei schon constitutionell krankhaft veranlagten Individuen, so kann man die psychische Krankheit sich weiter entwickeln sehen. Wahnideen, Zwangsvorstellungen, dieselben, die am Anfang schon bestanden, werden immer schwerer unterdrückt oder corrigirt; die freien Intervalle werden immer seltener, und allmählich

1) Strümpell, Specielle Pathologie und Therapie Bd. II. S. 457.
2) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie Bd. II. S. 230. 2. Auflage.

erscheint das Bild einer dauernden Psychose mit den Formen der Folie raisonnante oder langsam fortschreitender Degeneration. v. Krafft-Ebing[1]) und Jolly[2]) berichten über solche schwere Fälle bei Erwachsenen.

Charakteristische pathologisch-anatomische Veränderungen kennen wir selbst bei schweren Psychoneurosen noch nicht; es darf uns deshalb nicht Wunder nehmen, dass auch für Hysterie keine specifischen Läsionen bestimmter Gehirnpartien aufgefunden werden konnten. Möglicher Weise spielen vasomotorische Vorgänge und dadurch bedingte Hyperämie, Anämie oder Oedeme durch ihren Einfluss auf die Hirnzellen bei der Hysterie eine wichtige Rolle.

Anhaltspunkte für solche Vermuthungen geben uns die interessanten Befunde von Rosenthal[3]), Charcot[4]), Peugniez[5]) über Veränderungen am Augenhintergrunde während bestehendem hysterischen Anfall. Sie beobachteten in vielen Fällen eine seröse Exsudation längs der Netzhautgefässe, beträchtliche Verengerung einzelner Aeste der Art. contr. retinae, während andere Verzweigungen derselben Arterie spindelförmige Dilatation zeigten.

Bestehen diese Anomalien der Circulation und der Blutvertheilung bei der Hysterie nicht nur bei der Retina, sondern, wie Rosenthal es für sehr wahrscheinlich hält, auch in den naheliegenden Gebieten der Corticalsubstanz des Gehirns, so wird man leicht annehmen dürfen, dass durch solche Vorgänge, bei der vielseitigen Thätigkeit des Organs, sehr verschiedene Symptome vorübergehender oder dauernder Natur werden hervorgerufen werden können.

Die Zellen der Hirnrinde haben die höchsten und wichtigsten Functionen des ganzen Organismus übernommen und sind aus diesem Grunde wohl auch die empfindlichsten. Die geringsten Störungen in ihrer Umgebung, in ihrer Ernährung können auf ihre Functionsfähigkeit alterirend einwirken.

Besonders gross wird die Gefahr sein, wenn diese nervösen Elemente von ihrer Entstehung an sich nicht normal haben entwickeln können, oder schon durch die Heredität mit einem krankhaften Keime, einer krankhaften Empfindlichkeit belastet sind.

---

1) v. Krafft-Ebing loc. cit. S. 221.

2) Jolly, Ziemssen's Lehrbuch d. Pathologie u. Therapie Bd. XII. 2. S. 511 u. f.

3) Charcot, Maladies du système nerveux. Paris 1886. tome I. page 363 et suiv.

4) Rosenthal, Ueber Hysterie und Transfert. Archiv für Psychiatrie Bd. XII. S. 200.

5) Peugniez, De l'Hysterie chez les enfants. Paris 1887.

In der That trifft man, wie wir sehen werden, in den meisten Fällen von Hysterie als besonders wirksame Factoren: Heredität, Erziehung einerseits, Ernährungs- und Circulationsanomalien andererseits.

Das oft sehr complicirte und verworrene Bild der Hysterie bei Erwachsenen macht es sehr schwer, Klarheit in diese Krankheit zu bringen.

Weit durchsichtiger und einfacher sind die Fälle bei Kindern. Hier können die ätiologischen Momente von den Eltern leichter in Erfahrung gebracht werden, seien es nun Angaben über Heredität oder über andere mögliche Veranlassungen.

Einfacher sind die Fälle auch deshalb, weil geschlechtliche Vorgänge noch keine wesentliche Rolle spielen und die psychischen Functionen, dem kindlichen Alter entsprechend, überhaupt noch weniger complicirt sind. Es wird ferner vorhandene Simulation leichter entdeckt werden können und der Einfluss einer psychischen Behandlung tritt hier viel deutlicher zu Tage als bei Erwachsenen.

So trägt denn Alles bei, diese Fälle für das Studium der Hysterie sehr geeignet zu machen, und es ist deshalb nur zu begrüssen, dass in den letzten Jahrzehnten von den verschiedensten Seiten Beiträge zur Besprechung der infantilen Hysterie geliefert wurden. Es stammen aus psychiatrischen und pädiatrischen Kliniken schon eine ziemliche Anzahl Arbeiten und Beobachtungen über unser Thema.

In den Dissertationen von Schmidt[1]) und von Riesenfeld[2]) findet sich die Literatur bis zum Jahre 1887 genau zusammengestellt und besprochen, so dass ich wohl für die Einzelheiten auf diese Schriften verweisen darf.

Erwähnen möchte ich nur, dass in Frankreich durch die Beobachtungen von Briquet[3]) das Vorkommen der Hysterie bei Kindern schon seit längerer Zeit anerkannt war, während man in Deutschland seit etwa 10 Jahren auf diese infantile Form besonders aufmerksam gemacht hat. In den Arbeiten von Seeligmüller[4]), Henoch[5]) Schäfer[6]) und anderen Autoren sind interessante Fälle mitgetheilt worden, wobei die Symptome und Eigenthümlichkeiten der Krankheit ihre Besprechung fanden.

---

1) Schmidt, Ueber das Vorkommen der Hysterie bei Kindern. Strassburg 1880.

2) Paul Riesenfeld, Dissert. Kiel 1887.

3) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'Hysterie. Paris 1859.

4) Seeligmüller, Deutsche med. Wochenschrift 1881. S. 584 u. f.

5) Henoch, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Berlin 1881, 1883 und 1887.

6) Schäfer, Archiv für Kinderheilkunde 1884. S. 401. 428.

Eines Werkes, das seit der Abfassung der Riesenfeldschen Dissertation erschienen ist, muss ich noch speciell Erwähnung thun. Es ist dies die sehr werthvolle Schrift von H. Emminghaus[1]). Was mir an dieser Publication besonders lehrreich erscheint, liegt in den ausführlichen Erörterungen über die allgemeine Aetiologie und Symptomatologie der Kinderpsychosen.

In dem speciellen Theile widmet Emminghaus der Hysterie ein interessantes Capitel. Er scheidet dort die psychischen Störungen in 2 Gruppen: 1) In die hysterische Gemüthsveränderung, welche der gleichnamigen Charakterveränderung bei Erwachsenen entspricht und der Hypochondrie sehr nahe steht, und 2) in die vorübergehenden hysterischen Psychosen, „die sogenannten schweren Fälle der Hysterie, die sich zusammensetzen aus kataleptischen Zuständen, hysterisch-epileptischen Anfällen, Somnambulismus, Chorea magna, Furor, religiöser Exstase, schreckhaftem Delirium mit Phantasmen".

Dass diese verschiedenen Störungen bei der Hysterie der Kinder wirklich vorkommen und ihr angehören, ist durch publicirte Krankengeschichten schon oft klargelegt worden. Häufig trifft man sie in einem und demselben Anfalle neben einander an oder sie gehen in einander über.

Weniger bekannt hingegen ist der Verlauf dieser Affectionen.

In den meisten veröffentlichen Beobachtungen wurden die kleinen Patienten oft schon nach sehr kurzem Spitalaufenthalt als geheilt entlassen (Fälle von Riegel[2]) zum Beispiel). Wie viele von diesen sind aber geheilt geblieben, und wie viele sind es, die gleich nach der Entlassung aus dem Spital wieder an Recidiven erkrankt sind?

Uebt der Eintritt der Pubertät einen günstigen Einfluss auf die Krankheit aus oder kehrt das Leiden unter Remissionen trotz scheinbarer Heilung später wieder?

Ueber diese Fragen nach dem späteren Verlauf geht Emminghaus ganz kurz hinweg; er spricht sich folgendermassen aus: „Wahrscheinlich schleppte sich in den meisten Fällen die remittirende und selbst für längere Zeit intermittirende Krankheit bis in das Jugendalter hinüber, das heisst, sie kehrt eben trotz scheinbarer Heilung wieder, wenn accidentelle Ursachen von Neuem wirken."

Die klinischen Fälle werden eben nur selten längere Zeit

1) H. Emminghaus, Die psychischen Störungen im Kindesalter. Gerhardt's Handbuch. Nachtrag II.

2) F. Riegel. Zeitschrift f. klinische Medicin 1883. Bd. VI. Heft 5.

verfolgt und das Nichtwiedererscheinen eines Patienten ist gewiss kein Beweis von seiner vollständigen Heilung.

Schmidt, Peugniez, Herz[1]), Weiss[2]) sahen einige Patienten bis 2 Jahre nach ihrer Entlassung wieder, die einen mit, andere ohne Recidive.

Tuczek[3]) hat ein schwer erkranktes Mädchen noch drei Jahre nach ihrem Austritt vom Spital beobachten können: „es war", sagt er, „noch ein ängstliches, furchtsames Wesen, geistig langsam vorwärts kommend und fester Führung bedürftig".

Henoch[4]) ist meines Wissens fast der einzige, der Mittheilungen über Fälle machte, in denen er früher hysterische Patienten nach einer grösseren Anzahl von Jahren wiedersah; und zwar fand er die meisten körperlich und geistig völlig gesund.

Dass die Krankheit öfters einen ungünstigen Ausgang nimmt, wird aus mehreren unserer Krankengeschichten hervorgehen.

Briquet und Jolly (loc. cit.) haben übrigens schon früher betont, dass bei schweren Fällen von Hysterie Erwachsener die ersten Symptome häufig vor der Pubertät aufgetreten sind, und weisen in diesen Andeutungen schon auf die dubiöse Prognose der infantilen Hysterie hin.

Um nun, wenn möglich, zur Klärung dieser Frage, somit auch derjenigen, die ich oben in Bezug auf den Verlauf gestellt habe, beizutragen, bin ich auf den Vorschlag meines hochverehrten Lehrers, Herrn Professor Hagenbach-Burckhardt, allen Fällen von Hysterie, die seit 16 Jahren im Basler Kinderspitale behandelt worden sind, nachgegangen, und habe mir zur hauptsächlichen Aufgabe gemacht, durch Aufnahme einer weiteren Anamnese, sowie eines Status praesens, Klarheit über den Verlauf der Krankheit nach dem Spitalaustritt, sowie über den jetzigen psychischen und körperlichen Zustand der Patienten zu erhalten.

Die beifolgende Casuistik wird zeigen, wie wichtig solche Nachforschungen sind, und wie einseitig das Bild für viele Fälle wäre, wenn nur die Zeit des Spitalaufenthaltes berücksichtigt würde!

Für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit und für die Ueberlieferung des Materials erlaube ich mir Herrn Professor Dr. Hagenbach-Burckhardt, sowie Herrn Pro-

1) Herz. Wiener med. Wochenschrift 1885. Nr. 43—46.
2) Weiss. Archiv f. Kinderheilkunde 1886. S. 451 u. f.
3) Tuszek. Berliner klin. Wochenschrift 1886. Nr. 31, 32.
4) Henoch loc. cit. S. 207 u. 214, 3. Aufl.

fessor Dr. Wille, Director der psychiatrischen Klinik, der mir bereitwilligst 2 Fälle überlassen hat, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Casuistik.

Seit dem Jahre 1872 sind 23 Patienten, 20 Mädchen und 3 Knaben, wegen Hysterie im Kinderspital behandelt worden. Es entspricht diese Zahl 0,41% aller aufgenommenen Patienten oder 1 Fall auf 243 Patienten.

Je nach der Wichtigkeit des einzelnen Falles werde ich im Folgenden die Krankengeschichten mehr oder weniger ausführlich mittheilen; über die einfachen Fälle sind die Hauptpunkte in den zur allgemeinen Uebersicht zusammengestellten Tabellen angegeben.

Es ist mir gelungen, alle Patienten, den Fall Nr. 3 ausgenommen, noch vor kurzem, und zwar im Juni 1888, selbst wieder zu sehen oder über sie genaue Auskunft zu bekommen.

Bei dieser Gelegenheit konnte ich auch über Heredität und Aetiologie oft wichtige Aufschlüsse erhalten und in dieser Weise Punkte, die in den Krankengeschichten zuweilen unberücksichtigt geblieben waren, noch nachtragen.

In 7 Fällen sind die Patienten seit mehr als 10 Jahren, in 4 Fällen seit mehr als 6 Jahren aus dem Spital entlassen worden. Die 12 anderen Patienten standen im Laufe der letzten drei Jahre in Behandlung.

Zwei weitere Fälle verdanke ich der Güte des Herrn Professor Wille: der eine ist der Patient Nr. 7, der andere wird im Capitel über die Diagnose erwähnt und besprochen.

Was die Einreihung dieser Fälle in die Tabelle anbetrifft, so möchte ich nur bemerken, dass ich sie in chronologischer Reihenfolge, nach dem Jahr ihrer Aufnahme in das Spital aufgezählt habe.

Fall Nr. 1.

Pauline G., Landwirthstochter, $13^2/_3$ Jahre alt, aufgenommen den 18. Januar 1872.

Der Vater der Patientin ist jung gestorben, war lungenleidend. Die Mutter leidet an Rheumatismen, sonst hereditär in der Familie nichts nachzuweisen.

Bis zum 9. Jahr war Pat. meistens wohl, hat Scharlach und Masern überstanden. Im 9. Jahr starkes Nervenfieber, seither leidet sie viel an Kopfweh und Verstopfung.

Die Mutter bemerkte im September vorigen Jahres, dass Pat. ohne weitere bekannte Ursache mit den Händen ungeschickt wurde und dass sie diese immer steifer nach innen gekrümmt hielt. Bald konnte sie die Finger nicht mehr brauchen, fasste die Gegenstände mit den

Handbällen an und war nicht im Stande allein zu essen. Im Schlafe wurden die Hände bewegt, während beim Erwachen die steife Haltung sofort wiederkehrte.

Auch wird Patientin in letzter Zeit beim Gehen leicht müde und schläft Nachts sehr unruhig. Sie ist noch nicht menstruirt.

Status praesens. Etwas anämisches, intelligent aussehendes Kind von normaler Grösse. Hält beide Arme steif vorn herunter, die Hände in Flexionsstellung, die Radialseite in der Inguinalgegend beiderseits an den Körper drückend. Gang etwas unsicher, leicht nach vorn gebeugt. Befund sonst negativ.

In der ersten Nacht des Kinderspitalaufenthaltes konnte man beobachten, dass die Patientin ordentlich schlief und dabei die Hände über der Brust gekreuzt hielt. Sowie das Mädchen aufwachte, wurde sogleich wieder die alte unnatürliche Haltung angenommen.

In Folge energischen Zuredens und Anwendung des elektrischen Stromes gelang es, die Pat. dazu zu bringen, dass sie die Hände in ziemlich normale Lage brachte; auch war sie nun im Stande, dieselben zu bewegen. Eine halbe Stunde darauf ass Patientin, obwohl noch etwas unbehilflich, doch allein und ohne fremde Nachhilfe zu Mittag. Während der vorhergehenden sechs Monate musste sie stets von anderen Leuten ernährt werden.

An den folgenden Tagen wurden, namentlich mit den Armen, noch einige Turnübungen vorgenommen. Daneben strenge moralische Beeinflussung, sodass Patientin ihre Hände bald ganz gut brauchen und alle häuslichen Arbeiten verrichten konnte.

Sie sah munter und gesund aus und konnte am 5. Februar 1872 geheilt entlassen werden.

Der Erfolg ist hier ein dauernder gewesen; die Contractur der oberen Extremitäten ist seither nicht mehr aufgetreten. Ich besuchte die jetzt 30 Jahre alte Patientin vor Kurzem: Sie sieht ziemlich gesund aus, hustet nicht, klagt aber über Nervosität. Sie leidet an Kopfweh, erschrickt leicht; musste sich schon sämmtliche Zähne ausziehen lassen. Die Periode ist stark, etwas unregelmässig, zum ersten Male im 17. Jahre eingetreten. Letztes Jahr hielt sie die strenge und lange dauernde Pflege ihrer an Wassersucht (Herzfehler) leidenden und daran sterbenden Mutter ordentlich aus.

Fall Nr. 2.

Martha M., 11 Jahre alt; aufgenommen den 9. August 1872.

Der Vater, Bildhauer, ist aufgeregt, „nervös“ [1]), die Mutter leidet ebenfalls an Nervosität, ist aber sonst wohl. 3 Geschwister der letzteren, sowie deren Mutter sind an Phthisis gestorben. Drei Geschwister der Patientin sind blutarm.

Bis zum 7. Lebensjahr war Pat. gesund, ein nervöses Hüsteln ausgenommen, das den Arzt oft beschäftigte; jedesmal verschwanden alle Symptome auffallend rasch von einem Tag zum andern. Sie hat früh laufen gelernt und war immer sehr lebhaft.

Mit 7 Jahren überstand sie Scharlach und schwere Diphtheritis, wurde im 8. Jahre lange Wochen vom Keuchhusten gequält, durch den sie sehr herunterkam; seither klagt sie oft über Kopfweh und Müdigkeit. Im Laufe dieses Jahres soll Patientin auffallend stark gewachsen sein, Schmerzen auf der Brust und öfters Nasenbluten bekommen haben.

1) Starb im Jahre 1882 an Carcinoma recti.

Am 11. April Revaccination ohne Erfolg. Doch musste Pat. 4 Tage nach der Impfung wegen Unwohlseins das Bett hüten: Schmerzen im Kopf, im Rücken, in den Beinen.

Sie besuchte einen Tag wieder die Schule, dann konnte und wollte sie wegen Müdigkeit und Schmerzen nicht mehr gehen. Seit 6 Wochen häufig abundantes Nasenbluten, Schluckbeschwerden, gereizte Stimmung, so dass Patientin nur noch mit ihren Eltern sprechen will.

Status praesens. Gross gewachsenes, ordentlich genährtes, doch bleiches Mädchen, blinzelt beständig mit beiden Augenlidern. Mit Händen und Füssen choreaartige Bewegungen, die sich vermehren, wenn man mit der Pat. spricht. Auf Fragen giebt sie vernünftige und klare Antworten, klagt gegenwärtig nur über ihre Schwäche und kann weder gehen noch stehen. Sie knickt gleich zusammen, wenn man sie auf die Beine stellt.

Elektrische Untersuchung ergiebt nichts Krankhaftes, Sensibilität normal.

12. August. Patientin schläft gut, hat Appetit. Kein Fieber.

Es werden täglich Gehversuche gemacht, sobald sie sich Mühe giebt, gelingt es ihr bei einiger Unterstützung ordentlich. Keine Ataxie. Patientin kann schon einige Augenblicke allein stehen. Im Bett bewegt sie die Beine ziemlich leicht. Bekommt Eisen und Bäder.

14. August. Das Blinzeln hat bedeutend nachgelassen. Auch ist Patientin gesprächiger und munterer. Der Inductionsstrom wird mit Erfolg angewandt. Leider wird das den Tag über erzielte Resultat durch die grosse Aufregung bei den allabendlichen Besuchen der Mutter fast ganz annullirt. Diese wird deshalb gebeten, einige Zeit nicht mehr zu kommen.

20. August. Nach einigen besseren Tagen ist wieder Verschlimmerung eingetreten. Patientin hat gar keine Lust sich Mühe zu geben, ist durchaus nicht Herr über ihren Willen. Sie liegt apathisch da, will fast gar nicht sprechen, nicht gehen, hat allerlei Schmerzen und setzt allen Bemühungen von ärztlicher und abwartender Seite den grössten Widerstand entgegen.

Auch findet sie bei ihren Eltern, welche die Besuche wieder aufgenommen, für die mannigfaltigen Klagen immer geneigtes Ohr.

Sie muss deshalb ungeheilt entlassen werden.

Ueber den weiteren Verlauf habe ich nun Folgendes erfahren: Nach dem Spitalaustritt, vor 16 Jahren, wurde Patientin von einem Arzte 6 Monate lang elektrisirt. In Folge dessen kam sie aber in solche Aufregung, dass damit ausgesetzt werden musste.

Starke tonische und clonische Krämpfe traten auf und dauerten oft den ganzen Tag; auch Wuthparoxysmen stellten sich ein, wobei 4 Personen die Patientin halten mussten, um schlimme Folgen zu verhüten. Das Bewusstsein blieb meistens ungestört. Nachts schlief sie nur mit grossen Dosen Chloral. Dieses Aufregungsstadium dauerte mehr als ein halbes Jahr!

Endlich wurde ihr eine Zwangsjacke angelegt, worauf allmählich Ruhe eintrat. Zum grossen Erstaunen bemerkte man nun, dass Patientin stehen und gehen konnte und sich ganz wohl befand. Sie ging 6 Monate allein, ohne Schwierigkeit, und besuchte sogar die Schule wieder.

Leider erkrankte sie, als schon Hoffnung auf vollständige Heilung vorhanden war, an acutem Gelenkrheumatismus und musste mehrere Wochen das Bett hüten. Der gleiche Schwächezustand wie früher stellte sich von Neuem ein.

Nach einer Anstaltsbehandlung (Waldau), wo Patientin einige Fort-

schritte im Gehen machte, kehrte sie nach Hause zurück und ist seither nie mehr aufgestanden.

Jetzt liegt sie entweder im Bett oder auf einem für sie hergestellten Lehnstuhl und beklagt sich bitter über ihr trauriges Leben. Sie sieht sehr blass aus, hat alle Energie und Kraft verloren. Die Beine sind abgemagert, die Sensibilität aber ist normal und die Bewegungen der Schenkel und Füsse, sogar der Zehen werden noch in ziemlich guter Weise ausgeführt, gleich wie vor 16 Jahren; soll aber ein Versuch zum Stehen gemacht werden, dann kann die Patientin auf ihren Beinen sich gar nicht halten und bricht vollständig zusammen.

Die Periode ist im 16. Lebensjahre ohne Molimina eingetreten und seither meistens in Ordnung.

Fall Nr. 3.

Albertine R., 13¾ Jahr; aufgenommen den 16. October 1872.

Mutter von schwächlicher Constitution; Vater Arbeiter, ist an Phthisis gestorben; ebenso 2 ältere Geschwister der Patientin.

Patientin selbst war immer schwach; hat oft Ekzeme und Augenentzündungen gehabt. Seit dem 10. Jahre klagt sie immer fort über allerlei Schmerzen und Unbehagen.

Häufiges Uebelsein, Schwindelanfälle, starkes Kopfweh an der Stirn und am Scheitel, Stechen auf der Brust, im Epigastrium und Abdomen. Oft Herzklopfen ohne Veranlassung, Heiserkeit, Halsweh, Müdigkeit, Einschlafen der Beine. Deshalb wurde der Schulbesuch oft ausgesetzt und mit Vorliebe das Bett gehütet.

Dieses Jahr klagte sie viel über kalte Füsse und Wadenkrämpfe, war einige Zeit wegen Anämie in Spitalbehandlung, während welcher eine deutliche Parese der rechten Körperseite sich einstellte. Sie lernte mit der linken Hand essen, da die rechte dazu untauglich geworden war.

Die Sensibilität zeigte sich ebenfalls gestört, Patientin klagte über Pelzigsein der rechten Hand und des rechten Fusses.

Nach achttägiger elektrischer Behandlung waren alle diese Erscheinungen verschwunden.

Nun trat aber viel Nasenbluten, Athemnoth, Heiserkeit, Schmerz beim Urinlassen, Husten ein, und deshalb suchte Patientin das Kinderspital auf.

Status praesens. Schwächlich aussehendes, grosses, blasses Mädchen, das ein gutes Gedächtniss und grosse Gesprächigkeit zeigt. Während der Untersuchung wird Patientin mehrmals ganz blass. Die Stimme ist belegt, wird aber leicht heller und stärker, wenn lautes Sprechen verlangt wird. Ueber beiden Lungenspitzen relative Dämpfung und bronchiale Exspiration. Herz normal. Im Epigastrium und Abdomen werden einige schmerzhafte Punkte angegeben. — Patientin kann nur gehen, wenn sie auf beiden Seiten gestützt wird.

Auf Befehl können einige Schritte ohne Hilfe und ohne auffallande Schwankungen des Körpers ausgeführt werden. Temp. 37,2.

22. October. Patientin befindet sich schon viel besser, klagt blos noch über Kopfschmerzen, ist den ganzen Tag ausser Bett und geht ganz ordentlich ohne Unterstützung.

Den 2. Januar 1873, nachdem die Besserung bei kräftiger Nahrung und psychischer Behandlung ungestörte Fortschritte gemacht hatte, konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

Ich erfuhr durch eine ehemalige Nachbarin des Mädchens, dass die Familie vor 6 Jahren nach Amerika ausgewandert sei. Patientin soll vom Spitalaufenthalt bis zur Abreise, also 7 Jahre lang, immer gut haben gehen können.

Fall Nr. 4.

Gustav Gr., 8 Jahre alt, aufgenommen den 20. Februar 1873.

Patient ist hereditär nicht belastet, seine Eltern (Fabrikarbeiter), sowie seine Geschwister sind gesund. Weder Lungen-, noch Geisteskrankheiten waren in der Familie eruirbar.

Der Knabe selbst war früher immer gesund. Er verliess vor 5 Wochen das Blatternspital, wo er eine starke Variola durchgemacht hatte, und besuchte wieder munter die Schule, trotzdem er noch sehr schwach und blass aussah.

Vor 8 Tagen befiel ihn Morgens plötzlich, ohne Vorboten, eine grosse Schwäche; er konnte sich nicht mehr auf den Beinen halten und vom Gehen war keine Rede mehr.

Zugleich bemerkte die Mutter ein ganz verändertes Benehmen, einen eigenthümlichen Stimmungswechsel des Knaben. Bald weinte, bald lachte er, machte Grimassen und bewegte die Arme in sonderbarer Weise.

Sonst machten sich keine Beschwerden geltend.

Am 17. Februar wurde er poliklinisch vorgestellt. Der Knabe schien munter, sah aber äusserst blass aus und schien stark abgemagert. Es fand sich deutliche Parese der Beine bei normal erhaltener Sensibilität. Während der Untersuchung fing Patient ganz unmotivirt zu weinen an. Verordnung: Ferrum carbonic.

Am 20. Februar wird Patient in das Spital aufgenommen, da sich noch keine Besserung eingestellt hat. Das Gehvermögen ist immer bedeutend erschwert; beim Stehen starkes Schwanken. Immer noch dieselbe veränderte Stimmung und Anämie. Von Seite der inneren Organe lassen sich keine Störungen nachweisen.

22. Februar. Patient scheint sich hier wohl zu befinden. Er steht auf und macht auf Commando richtige Schritte.

Unter Anwendung des faradischen Stromes, für welchen Patient sehr empfindlich ist, sind die Fortschritte beim Gehen recht prompt und wesentlich. Am 25. Febr. kann Patient schon ziemlich schnell laufen, ist munterer, mit normaler kindlicher Stimmung, und tritt den 5. März 1873 geheilt aus.

Seither blieb Patient noch einige Jahre schwach und mager, doch hat er keine anderen Krankheiten durchgemacht und entwickelte sich gut weiter.

Vor 3 Jahren konnte er den Militärdienst ohne Nachtheil mitmachen, war dann einige Zeit in Amerika, und ist jetzt ein 23jähriger kräftiger Mann. Er verdient sein Brod als Fabrikarbeiter, fühlt sich gesund und klagt blos über zuweilen auftretendes Zittern der Hände.

Fall Nr. 5.

Anna F., 11 Jahre alt; aufgenommen den 13. März 1873.

Der Vater, Korbmacher, ist an Phthisis gestorben; die Mutter war vor der Verheirathung ausgesprochene hysterische Person, litt jedoch nie an Krampfanfällen. Sie machte mehrere schwere Entbindungen durch.

Unsere Patientin musste mit Hilfe des Forceps geboren werden, lernte im Laufe des 2. Jahres das Gehen und hatte bei der Dentition viele Beschwerden. Sie bekam 3 Jahre lang ausschliesslich Muttermilch, blieb dabei immer schwächlich.

Seit mehreren Jahren bemerkt die Mutter, dass Patientin oft ohne Grund zusammenfährt, Abends auffallend leicht ängstlich wird.

Vor einem Jahr, am 22. Juni 1872, trat zum 1. Mal ein Krampfanfall auf, als das Mädchen sich mit anderen Kindern im Freien aufhielt. Sie wurde bewusstlos neben einem Ameisenhaufen gefunden und ins Kinderspital gebracht, wo sie noch allgemeine Convulsionen mit Verdrehung der Augen nach oben und starken clonischen Krämpfen der Extremitäten zeigte. Nach dem Anfall verfiel sie in einen dreistündigen tiefen Schlaf und wachte aus diesem auf, ohne sich dann des Vorfalls erinnern zu können. Sie kehrte zu den Eltern zurück, besuchte wieder die Schule und blieb ½ Jahr lang ganz gesund.

Anfangs Januar 1873 stellte sich ein neuer Anfall ein und von da an kehrten sie öfters wieder, meistens dreimal im Tag; gestern fast alle drei Stunden, und dabei war der einzelne Anfall viel stärker als früher.

Patientin spürt deutlich das Herannahen derselben, kommt in grosse Aufregung, fängt an zu zittern und zu zucken. Die krampfartigen Contractionen localisiren sich jetzt fast ausschliesslich auf die linke Körperseite, früher betrafen sie auch die rechte. Das Bewusstsein geht der Patientin nicht verloren, sie sieht und hört Alles, was um sie vorgeht, kann es auch nachher erzählen.

Gestern hat ein Anfall eine ganze Stunde gedauert und wurde durch Chloralhydrat (1,5 g) wie abgeschnitten.

Status praesens. Ziemlich gut genährtes, aber blasses Mädchen, von normaler Entwicklung und intelligentem Aussehen. Pupillen mittelweit, reagiren gut. Sensibilität und rohe Kraft der Extremitäten normal. Nichts Abnormes bei der Aufnahme nachzuweisen. Patientin ist ziemlich munter, giebt exacte Antworten; auffallend ist nur die grosse Wichtigkeit, mit der das elfjährige Mädchen über ihre Krankheit spricht und ihre Anfälle beschreibt. Kein Fieber. Puls 112.

14. März. Heute fünf Anfälle. Die vier ersten blos von etwa 2 Minuten Dauer. Der letzte, Abends, stärker; entspricht den oben beschriebenen vollständig. Deutliche Aura. Patientin bleibt beim Bewusstsein, giebt Antworten, doch vermag sie mit den betroffenen Extremitäten keine willkürlichen Bewegungen auszuführen. Die clonischen Zuckungen zeigen sich immer vorzüglich an der linken Körperhälfte. Nach circa 10 Minuten fühlt Pat. deutlich das Nachlassen des Anfalls, und ganz plötzlich setzen die Krämpfe aus; darauf wird das Mädchen schnell wieder munter.

20. März. Kein Anfall mehr seit dem 14., so dass ausser Bädern und guter Ernährung keine besondere Therapie nöthig wurde.

25. März. Da sich keine neuen Symptome mehr gezeigt und Pat. gut aussieht, auch ganz munter ist, tritt sie geheilt aus.

Es sind jetzt 15 Jahre verflossen, seit das Mädchen entlassen wurde. Sie ist 26 Jahre alt und ausgesprochen hysterisch; lebt bei ihrer Mutter und ist Fabrikarbeiterin.

Vier Jahre lang blieb sie von weiteren Anfällen verschont, fühlte sich ziemlich gesund und bekam in dieser Zeit (14. Lebensjahr) die ersten Regeln. Dabei keine Störungen ihres Wohlbefindens. Im 16. Jahr erschienen die hemiplegischen Anfälle auf's Neue, ohne dass eine besondere directe Ursache angegeben werden konnte.

Remissionen von 2 oder 3 Jahren sind seither vorgekommen, doch selten, und meistens treten nach diesen dann schlimmere Zeiten ein, in denen die Anfälle rascher sich folgten, was besonders im Winter, wenn Patientin sich kalte Füsse und Hände zuzog, der Fall war. Das Bewusstsein war nie erloschen und auch jetzt noch bleibt es ungetrübt.

Dem Rathe eines Arztes folgend, ist es ihr in letzter Zeit schon einige Male gelungen, durch rasches Gehen gleich nach Eintritt der

Aura den Ausbruch zu verhindern oder den Anfall bedeutend abzukürzen.

Das Mädchen fühlte sich immer schwach, elend, hat oft Kopfweh, Herzklopfen, Aufstossen, Schmerzen im Rücken und in der Unterbauchgegend, leidet öfter an Magenkatarrhen und sieht in der That schlecht und verstimmt aus, ohne dass man bei ihr ausser einer belegten Zunge Abnormes finden könnte.

Die Periode ist meistens stark und unregelmässig, bleibt oft 3 bis 4 Monate lang aus.

Fall Nr. 6.

Elisabeth S., 11 Jahre alt, aufgenommen den 24. Januar 1876.

Von hereditärer Belastung ist Patientin frei; sie soll schon fast alle Kinderkrankheiten durchgemacht haben; ist im letzten Jahr auffallend stark gewachsen.

Seit einiger Zeit wird sie von eigenthümlichen Anfällen befallen, zuweilen mehrmals am Tage, besonders wenn sie sich etwas aufregt; sie klagt dabei über Druck im Hals, wird ganz blass, bekommt starkes Herzklopfen, kann nicht mehr reden und glaubt am Ersticken zu sein. Dieser Zustand dauert 1—2 Minuten, dann löst sich durch tiefes Athemholen der Krampf.

Status praesens. Ziemlich gut genährtes, schlankes, graciles Mädchen, anämischen Habitus zeigend. Pupillen mittelweit, reagiren gut. Objectiv ist sonst weder am Herz noch auf den Lungen etwas Krankhaftes nachzuweisen.

Es wird Ferrum sachar. verordnet.

1. Februar. Patientin ist aufgeregt, redet sehr viel. Will schon Anfälle gehabt haben, die aber nicht zur Beobachtung kamen, da Pat. nicht rufen konnte.

2. Februar. Heute sah man einige Anfälle in der Art der oben beschriebenen. Sie wurden aber scheinbar völlig ignorirt, so dass sich die Patientin wundert, dass ihrer Krankheit so geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird.

14. Februar. Patientin ist ruhiger und vernünftiger geworden. Die Anfälle sind nicht mehr gekommen, deshalb verlässt sie geheilt das Spital.

Nachher traten noch einige ähnliche, aber schwache und seltenere Anfälle auf, um allmählich ganz auszubleiben.

Jetzt fühlt sich die 23jährige Patientin ordentlich wohl, sucht aber wegen Husten, Anämie und leichter Struma öfter Rath beim Arzt; auch lässt sie sich geringfügiger Ursachen wegen in nervöse Aufregung bringen. Die Menses traten, ohne weitere Störungen hervorzurufen, im 16. Jahre ein und blieben seither regelmässig und normal.

Fall Nr. 7.

Marie S., 12½ Jahr alt, aufgenommen in die psychiatrische Klinik den 3. Mai 1876.

Das Mädchen ist hereditär sehr stark belastet. Der Vater starb an progressiver Paralyse, 39 Jahre alt. Die Mutter ist nervös. Die Grossmutter väterlicherseits und ein Bruder derselben auch geisteskrank gestorben. Von 6 Geschwistern sind 5 psychisch abnorm, eine Schwester mit 13 Jahren ist moralisch defect (Kleptomanie)[1]).

---

1) Sie starb im Jahre 1887 in der Irrenanstalt an „Phthisis bei einer constitutionellen hysterischen Psychose“. Die Section ergab ver-

Patientin selbst erschien seit längerer Zeit etwas auffallend, zeigte ein aufgeregtes Wesen, besonders lachte sie viel ohne Grund.

Von October 1875 an fiel sie durch die sonderbare anatomische Veränderung am Thorax und die eigenthümliche Haltung des Oberkörpers auf, von der beim Status praes. die Rede sein wird. Damit waren motorische Athmungshemmungen, Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen verbunden.

Oft will sie tagelang nicht gehen und nicht stehen können, dann ist sie plötzlich wieder wohl.

Seit April dieses Jahres anhaltende Kopfsymptome, Wimmeln im Kopfe (wie wenn Alles voll Käfer wäre), Ohrenläuten. Dabei redet sie immer hochdeutsch mit eigenthümlicher Betonung. Leidet an Schlaflosigkeit und zeigt immer stärkeren Trieb fortzukommen, nach Paris, Zürich etc. Vorübergehend auch deliröse Zustände.

Früher ist Patientin nie wesentlich krank gewesen, sie hat seit ihrem 4. Jahre mit Verdauungsbeschwerden zu thun und klagt über allerlei Hyperästhesien mit wechselnder Localisation.

In der Schule lernte sie nicht gut, war unaufmerksam und zeigte schwere Auffassungsgabe bei raschem Vergessen.

Ihre körperliche Entwicklung war bis jetzt nie gestört.

Status praesens. 3. Mai 1876. Ziemlich grosses, mageres Mädchen, doch mit guter Gesichtsfarbe und freundlicher Physiognomie. Sie klagt über Schmerzen auf der Brust und im Kopfe, Gefühl „als ob viele Käfer drinnen wären". Zunge rein. Eigenthümliche Aufgetriebenheit des Thorax, der immer in Inspirationsstellung zu sein scheint; die linke Schulter wird dabei tiefer gehalten als die rechte, sodass dadurch ihre ganze Haltung eine höchst sonderbare steife, etwas unbehilfliche ist.

Herz und Lungen normal; Unterleib stark aufgetrieben.

Patientin giebt auf Fragen ordentlich Bescheid, nur in ihrem Gedächtniss ist sie etwas unsicher. Sie spricht mit auffallendem Ausdruck stets hochdeutch. Auch ihr Wesen und Benehmen ist nicht kindlich, sondern dem einer Erwachsenen entsprechend. Sie lacht viel, bald laut, bald blos für sich, ohne Veranlassung dazu zu haben. In Bezug auf die motorischen Functionen und im Willensleben nichts Auffallendes.

Patientin machte im Spital mehrere Remissionen und Exacerbationen ihrer Krankheit durch.

Nachdem sie im Juli einige schlechte Wochen mit allerlei Schmerzen und Klagen, mit gereizter unzufriedener Stimmung, affectirtem Benehmen, Neigung zu Lügen, mit Selbstgesprächen und Gehörshallucinationen verlebt hatte, wurde ihr Allgemeinbefinden Anfangs August auf einmal viel besser; sie war frei vom Kopfweh, ohne Klagen; schlief gut, war munter, thätig und viel natürlicher im Benehmen und Reden. Ihre Körperhaltung war auch fast normal und das Körpergewicht nahm bedeutend zu.

Im October durfte sie ihren Eltern einen Besuch machen, bekam aber zu Hause ohne bekannte Ursache einen heftigen Schwindelanfall, worauf sich vier Wochen später im Spital, nach einem Spaziergange, ein solcher wiederholt.

Sie hatte dann überhaupt öfters Schwindel und Visionen, sah namentlich Todtenköpfe, auch Engel, und lachte dabei sehr viel ohne Grund. Sie konnte sich aber gleichwohl wieder geistig gut

---

schiedene Abnormitäten der Hirnwindungen, sonst makroskopisch nichts Pathologisches. Ein anderer Bruder ist auch im Jahre 1887 gestorben durch Suicidium, in einem Anfall von Melancholie.

beschäftigen, lernte fleissig, rechnete sogar ganz auffallend leicht und gewandt, war bescheiden und folgsam.

In den ersten Monaten des Jahres 1877 trat Verschlimmerung ihres Befindens ein. Patientin kam psychisch und körperlich zurück: hartnäckige Verdauungsstörungen, schlechtes Aussehen, Benommenheit des Kopfes, Hyperästhesien und häufigere Lachkrämpfe kehrten wieder.

Wegen lauten Lachens beim Gottesdienst erhielt sie einmal einen sehr ernsten Verweis, der sehr günstig auf ihr ganzes Benehmen wirkte. Die krampfhaften Erscheinungen verloren sich während des Sommers 1877 wieder allmählich. Die Lachkrämpfe und Visionen wurden seltener, das Wohlbefinden anhaltender. Patientin war subjectiv ohne Beschwerden, freundlich und natürlich in ihrem Umgang, sah gut aus und konnte am 27. Juli 1877 entlassen werden.

Zu Hause verlebte sie ca. 1½ Jahr in guter Gesundheit, bis ihre Menses Mitte Januar 1879 zum ersten Male profus auftraten. Mit diesen wurde der Allgemeinzustand viel schlechter. Patientin hörte allerlei Stimmen, hatte viel Schwindel und Hallucinationen, wollte nicht mehr arbeiten und das Bett nicht mehr verlassen.

Sie musste deshalb vom März 1879 bis October 1882 wieder in der Irrenanstalt versorgt werden.

Dann nach einer Remission von 3 Jahren war man wieder im Juni 1885 genöthigt, sie in der Anstalt unterzubringen, und bis heute konnte sie noch nicht entlassen werden.

Im Jahre 1880 hat Patientin an Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber viel gelitten. Seither kehrten die Gelenkschmerzen und febrile Temperaturen häufig wieder, auffallender Weise traten auf der Höhe der Krankheit die psychischen Symptome fast ganz zurück.

Die Menses setzten ziemlich regelmässig ein, waren zuweilen postponirend, sehr oft von allerlei Beschwerden begleitet, so namentlich schlechten Nächten und Hören vieler Stimmen.

Was die psychischen Symptome anbelangt, so kamen sie beim 2. und 3. Aufenthalt immer bunter und constanter vor. Patientin litt meistens an Wahnideen, über sie verfolgende Erzbischöfe; auch trat Vergiftungswahn zuweilen auf. Lebhafte Hallucinationen, besonders des Gehörs, störten sie oft Tag und Nacht. Manchmal waren es sehr unangenehme Stimmen, so dass Patientin sich darüber viel beklagte, laute Antworten gab; dann hörte sie wieder Reden leichteren Inhalts: „Fremde Herren, Erzbischöfe besuchen sie und laden sie ein, flüstern ihr angenehme Sachen ins Ohr und reizen sie so zum Lachen.“ Auch Zwangsvorstellungen („sie müsse sich in den Rhein stürzen, Häuser anzünden“) und Kleptomanie kamen zuweilen zum Vorschein.

Seit ihrem letzten Aufenthalt zu Hause (Juni 1885) ist ihr Benehmen noch affectirter als früher; sie redet meistens hochdeutsch, kokettirt, liebäugelt rechts und links.

Zwischenhinein giebt es aber immer noch Stunden und Wochen, wo sie sich psychisch besser befindet, keine Stimmen hört und mit Arzt und Kranken sich vernünftig und natürlich unterhalten kann, doch wird man kaum mehr Heilung erwarten dürfen.

Die Therapie bestand ausser der allgemeinen psychischen Behandlung in kalten Waschungen und Douchen, Bädern, Chloral Emmenagoga, Roborantien. Auf die Gehörshallucinationen war Application des elektrischen Stromes ohne Erfolg.

Fall Nr. 8.

Elise H., 8 Jahre alt, Landwirthstochter, aufgenommen den 17. Octbr. 1878.

Der Vater soll als Knabe (epileptiforme?) Anfälle gehabt haben,

die allmählich von selbst aufhörten, ohne irgend welche Störung zu hinterlassen. Die Mutter ist lungenleidend, die 5 anderen Kinder sind ganz gesund.

Patientin hat wegen Rachitis und Anämie erst mit dem 3. Jahr gehen gelernt. Bei der Dentition traten öfters Convulsionen ein; auch an Enuresis litt sie mehrere Jahre.

Im 5. Lebensjahr bekam Patientin wegen eines strengen Befehls von Seite des aufgeregten Vaters heftige Angst, und einige Tage nachher entwickelten sich ohne weitere Ursache eigenthümliche Anfälle: man sah z. B. beim Spiele die Patientin plötzlich wie bewusstlos einige Male sich auf ihrem Platze herumdrehen, dann spielte sie wieder weiter, als ob gar nichts vorgefallen wäre; auch konnte sie über das Vorgefallene keine Auskunft geben. Ein anderes Mal liess Patientin den Kopf nach hinten fallen, verdrehte die Augen, fiel auf die Seite, und nach ca. ½ Minute war sie wieder vollständig beim Bewusstsein.

Solche Anfälle kommen jetzt fast jeden Tag, meistens beim Essen vor; sie waren nie stärker, nie war eine Aura vorhanden, nie Kopfweh. Patientin ist ein einziges Mal zu Boden gefallen, hat sich aber nie gebissen.

Die Eltern geben auch eine Veränderung des Charakters an, sie ist gereizt und aufgeregt, sehr zerstreut und unruhig.

Status praesens. Ordentlich genährtes, ziemlich starkes Mädchen. Pupillen normal. Puls regelmässig. Patientin kann keinen Augenblick ruhig sein, versteht Alles gut, giebt richtige Antworten, kann ordentlich schreiben.

Keine Störungen an den inneren Organen nachzuweisen.

Im Spital bekommt Patientin täglich 1—3 Anfälle, wobei sie aber entschieden das Bewusstsein nicht verliert. Der Kopf beugt sich blos bei offenen Augen nach hinten oder nach vorn, langsam, ohne Zuckungen. Patientin steht dann ca. ½ Minute still und spielt nachher wieder weiter. Nie Convulsionen. Keine Mattigkeit nach dem Anfall. Durch Kneifen oder Anspritzen von kaltem Wasser gelingt es leicht die Anfälle zu coupiren; zwar beklagt sich nachher die Patientin über diese unangenehmen Massregeln.

Den 28. October 1878 wurde das Kind von den Eltern nach Hause genommen, die Anfälle waren seltener geworden, doch nicht ganz verschwunden. — Psychische Behandlung und Hydrotherapie.

Der weitere Verlauf scheint mir dafür zu sprechen, dass es sich in diesem Falle um eine Art „Petit mal“ gehandelt hat.

Die gleichen Anfälle haben sich nämlich 9 Jahre lang ohne irgend welche neuen Symptome wiederholt, und das Mädchen, jetzt 18 Jahre alt, hat sich geistig kaum mehr entwickelt; sie zeigte in der Schule immer ein schwaches Gedächtniss und sehr geringe Fassungsgabe. Letztes Jahr (1887) verschwanden die Anfälle nach mehreren Schwefelbädern allmählich.

Patientin sieht körperlich gesund aus, kann häusliche Arbeiten ordentlich verrichten; doch versteht sie die an sie gerichteten Fragen nur schwer und weiss blos die einfachsten zu beantworten.

Die Periode war, als ich die Patientin dieses Frühjahr besuchte, noch nie eingetreten. Kürzlich erfuhr ich aber, dass sie bald nach den verordneten warmen Fussbädern ohne Störungen erschienen ist.

Fall Nr. 9.

Albertine L., 12½ Jahre alt, aufgenommen den 2. Januar 1880.

Der Vater, Mechaniker, ist nervös aufgeregt. Die Mutter litt früher

viel an Kopfschmerzen, hatte, als sie mit unserer Patientin schwanger ging, viel Kummer (Tod von zwei älteren Kindern) und gebar etwas zu früh.

Das Kind war so klein und schwach, dass man es nicht für lebensfähig hielt; es blieb (trotz späterem mehrmaligen Landaufenthalte) immer blass und erholte sich auch von leichten gewöhnlichen Kinderkrankheiten nur schwer.

Seit Februar vorigen Jahres beklagt sich Patientin öfters über Kopfschmerz, Uebelkeit, bald Diarrhoe, bald Verstopfung, wurde merkwürdig leicht reizbar und verlangte sehr viel Pflege. Die Mutter gab sich Mühe, allen den verschiedenen Wünschen nachzukommen, „da das Mädchen sonst sehr zornig wurde und dadurch sehr herunterkam". Vor etwa vier Wochen lag es leichten Fiebers und juckenden Ausschlags wegen (Urticaria?) im Bett und seither blieb grosse Mattigkeit, Schläfrigkeit, Brechreiz immer bestehen. Patientin ist noch launenhafter und verdriesslicher als früher, klagt auch über allerlei Schmerzen.

Letztes Jahr starben ihre beiden jüngeren Geschwister, das eine an allg. Miliartuberculose, das andere an Verdauungsstörungen.

Status praesens. Mässig genährtes, blasses Mädchen, fieberlos; Puls gut, 80. Pupillen mittelweit, reagiren gut, kein Strabismus. Zunge nicht belegt, gerade herausgestreckt. Bohnengrosse Lymphdrüsen am Halse. In pulmonibus et corde nihil.

Oberhalb der Symphyse und beider Darmbeinkämme Druckempfindlichkeit ohne abnorme Resistenz. Die zahlreichen und wechselnden Klagen beziehen sich hauptsächlich auf Schmerzen im Vorderkopf, Uebelkeit, Brechreiz und grosse Abgeschlagenheit in den Gliedern.

Patientin bekam Calomel, dann Tinct. ferri, Bäder und volle Kost.

Das Kopfweh wie das Brechen verschwanden in wenigen Tagen, auch die Schmerzen im Abdomen. Die Stimmung wurde besser, munterer. Der Appetit regte sich und regelmässiger Stuhlgang trat ein.

Die Befürchtung, es könnte sich um allgemeine Miliartuberculose wie bei ihrem jüngeren Bruder handeln, bestätigte sich nicht. Nach einigen Wochen sah Patientin viel besser aus, klagte nicht mehr und verliess am 28. Januar 1880 geheilt das Spital.

Jetzt ist Patientin etwas über 20 Jahre alt, sie bringt wieder die gleichen Klagen vor wie im Jahre 1880. Einige Symptome der Hysterie sind noch deutlicher geworden: viel Kopfweh, etwas über dem Tuber frontale dextrum giebt sie einen zweifrancsstückgrossen, sehr schmerzhaften Bezirk an (Clavus), durch Druck auf denselben tritt Linderung der Schmerzen ein.

Am Rücken noch mehrere schmerzhafte Stellen, ebenso auf dem Abdomen. Kleine Struma, die ihr viel Ursache zum Klagen giebt. Häufig leichte Heiserkeit und Athemnoth. Herzklopfen und manch andere Leiden nebensächlicher Natur.

An Lungen und Herz nichts Abnormes.

Ein Jahr nach dem Spitalaustritt bekam das Mädchen die Menses, anfangs stark und unregelmässig. Das Gefühl des Unwohlseins trat mit der Periode unter den nämlichen Symptomen wie früher ein und blieb ohne grosse Schwankungen in den letzten acht Jahren dasselbe.

Blos hier und da zeigten sich auf Mittel von verschiedenen alten Frauen leichte Remissionen, die aber jeweilen bald das ausgesprochene Bild der Hysterie wieder in den Vordergrund treten liessen.

Fall Nr. 10.

Ida H., $10^1/_6$ Jahr alt, Zimmermannstochter; aufgenommen den 1. Juni 1881.

Hereditär besonders stark tuberculös belastet: 5 Geschwister sowie die Mutter des Vaters sind an Phthisis gestorben; der Vater selbst war auch lungenkrank, starb letztes Jahr an Typhus abdom. Die Mutter litt früher sehr viel an Kopfweh.

Patientin, wie auch ihre drei Geschwister, war immer von schwächlicher Constitution, überstand im zweiten Lebensjahr eine starke Lungenentzündung, litt im dritten an Retentio urin. und machte später noch die Masern durch.

Vor vier Jahren traten schon Klagen über Kopfschmerzen und Müdigkeit in den Beinen auf, bald konnte sie weder stehen noch gehen, sprach kein Wort mehr und bekam öfter Convulsionen. Alle diese Erscheinungen verschwanden aber bald vollständig und Patientin blieb gesund bis vor einigen Wochen; da stellten sich ohne bekannte Ursache dieselben Störungen wieder ein.

Zugleich wurde das Mädchen der Mutter und den Geschwistern gegenüber unfreundlich und nahm unnatürliches Wesen an.

Status praesens. Blasses anämisches, abgemagertes Mädchen. Augen fast ganz geschlossen, was Patientin damit begründet, dass sie bei geöffneten Augen viel stärkere Kopfschmerzen habe.

Kein Strabismus: Pupillen weit, reagiren etwas träge. Sehvermögen normal. Patientin hört gut, giebt aber erst nach wiederholtem Fragen Antwort. Sie kann nicht stehen und gehen, doch sind im Bett die Bewegungen aller Extremitäten normal und werden leicht ausgeführt. Keine Sensibilitätsstörungen. Lungen und Herz gesund.

Am 8. Juni klagt Patientin über stärkere Kopfschmerzen, jammert viel, schlummert meist und lässt sich durch Fragen nicht aufwecken. Sie kann die unteren Extremitäten gar nicht mehr bewegen und reagirt selbst auf tiefe Nadelstiche in keiner Weise. Die Füsse werden in starker Equinovarusstellung gehalten, die Beine sind extendirt steif. An den Armen kataleptische Erscheinungen; keine Zuckungen, keine Convulsionen.

Der faradische Strom, kalte Begiessungen und Einwicklungen bewirkten rasche Besserung, nach einigen Tagen verschwanden die kataleptischen Erscheinungen, ebenso die allgemeinen Klagen. Patientin konnte die Beine wieder bewegen, beugen und strecken. Durch tägliche gymnastische Uebungen, Eisen und psychische Behandlung wurde das Mädchen, das als Tumor cerebri in das Spital geschickt worden war, nach Verlauf von einem Monat ein ganz anderes Kind. Es spielte den ganzen Tag im Garten, klagte nie über Kopfweh, verlor ihr unnatürliches Benehmen vollständig und trat am 9. Juli 1881 geheilt aus.

Das Mädchen, jetzt über 17 Jahre alt, zeigt ziemlich gesunde Hautfarbe und freundlichen Gesichtsausdruck.

Seit dem Spitalaufenthalt war sie nie eigentlich krank, blieb aber immer sehr schwach, klein und ungemein empfindlich gegen alle äusseren Einflüsse, sie wird leicht müde und hat oft Rückenschmerzen. Die Parese der Extremitäten ist nicht mehr aufgetreten. Ihre Hauptklage ist das Kopfweh, das sie Abends, besonders im Sommer, immer noch stark belästigt. Oft lässt sie sich dadurch verstimmen und in üble Laune versetzen. Noch keine Menses.

Fall Nr. 11.

Marie Th., 13 Jahre alt, wurde poliklinisch behandelt: 12. September 1881.

Der Hausarzt, Herr Dr. Bieder, hatte die Freundlichkeit, mir auch seine Beobachtungen mitzutheilen, wofür ich ihm sehr dankbar bin.

Die Mutter der Patientin ist herzleidend, war früher hysterisch, nervös, ebenso eine Schwester von ihr. Vater gesund. Grossvater war „mehrmals geisteskrank".

Obgleich im 8. Monat geboren, konnte Patientin vor dem zweiten Lebensjahre gut gehen, blieb aber klein und schwach. Seit ihrem sechsten Lebensjahr klagt sie oft über Kopfweh und zeigt nervöse Aufregung, dabei häufiges Brechen; hat schon mehrmals Halsentzündung durchgemacht.

Ihre jetzige Krankheit trat im Juni dieses Jahres nach einem heftigen Schrecken auf (dabei unwillkürlicher Abgang von Wasser). Sie wurde gleich sehr aufgeregt, unwohl, hatte das Gefühl, als ob man ihr einen Stoss in den Rücken gegeben hätte.

Am anderen Tag war sie auch in der Schule sehr aufgeregt, machte auf einmal allerlei Ungezogenheiten, gab den Kindern Stösse, versuchte sie zu beissen, fing plötzlich an zu singen, zu schwatzen und um sich zu schlagen.

Dieses Stadium der Aufregung dauerte mehrere Tage, einmal zerriss sie den Hut einer Freundin in Stücke und schien dabei nicht vollständig beim Bewusstsein zu sein.

Dann kamen zu Hause schwerere Anfälle vor, die als Chorea major aufgefasst werden müssen; sie setzten mit einem Schwindelanfall ein: Patientin fühlt einen Stoss im Rücken und fällt um. Die Augen sind offen, das Bewusstsein aber gestört. Plötzlich springt sie in grosser Aufregung empor, eilt im Zimmer herum wie ein Clown, steht still, fixirt an der Wand einen Punkt, wo sie Engel oder Teufel sehen will, und fällt zuweilen in Exstasen (Gesichtshallucinationen). Bald will sie aus dem Fenster springen oder in den Rhein sich stürzen, bald schlägt sie wild umher und wacht dann unerwartet wieder auf.

Solche Anfälle dauerten ½—2 Stunden, nachher wollte Patientin nicht glauben, dass sie sich unnatürlich aufgeführt habe, und konnte sich einer Bewusstseinsstörung gar nicht mehr erinnern.

Anfangs stellten sich alle 3—4 Wochen solche schwerere Anfälle ein, in letzter Zeit (August und September 1881) fast alle 8 Tage.

Das Mädchen sah stark anämisch und schlecht genährt aus; es wurde deshalb Eisen und gute Pflege verordnet, sowie der Mutter die Anweisung gegeben, jedesmal, wenn ein Anfall aufzutreten drohe, rücksichtslos dem Kinde ein Glas Wasser ins Gesicht zu werfen.

In der That gelang es, durch diese Mittel die Anfälle zu unterdrücken, allmählich wurden sie schwächer, seltener und hörten am Ende des Jahres 1881 ganz auf.

Seither sind sie, wie ich neulich (Juni 1888) erfahren habe, nicht wieder erschienen, doch leidet Patientin, jetzt 20 Jahre alt, an Kopfweh, häufiger Migräne, Angina, Rheumatismen und Anämie. Periode seit dem 16. Lebensjahr, stark, alle 3 Wochen; oft ist Nervosität, Aufregung, Herzklopfen damit verbunden.

Trotzdem hat sich das Mädchen zur Kleinkinderlehrerin ausgebildet und ist als solche gegenwärtig in Frankreich thätig.

Fall Nr. 15.

Marie H., 11½ Jahre alt, Schneiderstochter. Aufgenommen: 1° den 4. September 1885; 2° den 4. November 1885.

Vater und 5 Geschwister der Patientin sind wohl, jedoch sehr blutarm. Die Mutter war früher hysterisch.

Patientin selbst hat keine schweren Krankheiten durchgemacht, sah aber immen blass und schlecht genährt aus.

Vor 5 Tagen Abends wurde das Mädchen von Kameraden auf der Strasse geschlagen, verfolgt, bekam Hiebe auf den Kopf und kam ganz erschrocken und ausser sich nach Hause. Sie konnte gar nichts zu Nacht essen, war sehr unruhig und aufgeregt. In der Nacht soll sie etwas gefiebert haben, schlief schwer ein, delirirte, schrie ganz laut: „O weh! Warte nur! Jetzt hast du einen!“ und schlug um sich.

Seither blieb Patientin zerstreut, hatte keinen Appetit und keinen Stuhlgang, sah schlecht und ermüdet aus. Sie wurde als an Typhus abdom. erkrankt den 4. Sept. ins Kinderspital geschickt.

Hier fand sich ausser Mattigkeit und belegter Zunge nichts Abnormes. Kein Fieber. Auf Calomel reichliche Darmentleerungen; der Appetit besserte sich und den 14. September konnte Patientin schon entlassen werden.

Zu Hause entwickelte sich nach 2 Tagen relativen Wohlbefindens und einer ruhigen Nacht auf einmal das vollständige Bild einer Chorea magna:

Patientin hallucinirte und delirirte, sprach wieder von der früheren Schlägerei, schlug um sich und nahm weder auf die Geschwister noch auf die Eltern Rücksicht. Plötzlich warf sie die verschiedensten Gegenstände an die Wände und auf den Boden, rollte sich im Zimmer herum und machte die tollsten Sprünge auf Betten und Schränke, indem sie unglaubliche Kraft und Gewandtheit an den Tag legte.

Solche Anfälle dauerten manchmal eine ganze Stunde und traten mehrmals am Tage auf; sie lösten sich zuweilen mit lautem Geschrei, so dass die Nachbarn schwere Familienscenen vermutheten.

In den freien Intervallen hatte das Mädchen oft Gesichtshallucinationen, Visionen meist biblischen Inhalts, hatte gar keine Erinnerung an das Geschehene: vollständige Amnesie.

Mehrere Wochen dauerte dieser Zustand, ehe die Mutter sich endlich entschliessen konnte, die Patientin wieder ins Spital zu verbringen. Sie sah eben als strenge Katholikin das Kind für verhext an und reiste deshalb, noch zwei Tage bevor sie das Mädchen dem Spital übergab, zu einem Geistlichen, der dem Kinde Wasser von Lourdes zu trinken gab.

Den 4. November constatirte man in der Anstalt die Anämie und allgemeine Schwäche der Patientin, sah aber bis zur Entlassung am 18. November 1885 keinen einzigen Anfall mehr.

Patientin blieb nachher, ohne Rückfälle zu bekommen, 2 Monate auf einer Erholungsstation. Sie sieht jetzt noch anämisch aus (hat Venensausen am Halse rechts) und klagt über Kopfweh; ist noch nicht menstruirt.

Ich glaube hier annehmen zu müssen, der Besuch bei dem Geistlichen oder der Eintritt in das Spital sei im Stande gewesen, auf das Mädchen eine so intensive psychische Einwirkung auszuüben, dass die Anfälle vollständig unterdrückt wurden. Simulation nämlich war in dem Fall sicher auszuschliessen.

Fall Nr. 16.

Trinettli B., $10^3/_4$ Jahre alt. Aufgenommen den 2. October 1885.

Mutter und deren 2 Geschwister, sowie Grossmutter der Patientin an Phthisis gestorben. Vater gesund.

Patientin machte im 4. Lebensjahre eine schwere Pleuropneumonie durch: linksseitiges Empyem und Thoracotomie in der Axillargegend; lag deshalb 5 Monate. Nachher blieb sie schwächlich, immer sehr nervös und schreckhaft.

Am 16. September 1885 wurde das Mädchen beim Verlassen der Schule Mittags 12 Uhr von einem intensiven Krampfanfalle heimgesucht. Sie soll ½ Stunde lang bewusstlos gewesen sein, sich stark gewunden und gebäumt haben. Am Abend desselben Tages kam noch ein zweiter Anfall, worauf eine Pause von drei Tagen eintrat. Vom 21. September an folgten sich die Anfälle täglich, immer stärker und länger dauernd, doch ohne vollständige Bewusstlosigkeit. Pat. merkte einige Secunden vorher das Auftreten eines Anfalles, und einmal gelang es dem Vater durch Anwendung von Salmiakgeist den Anfall zu coupiren.

Status praesens. Etwas anämisches Mädchen von mittelmässigem Ernährungszustand. In der linken Axillarlinie eine eingezogene Narbe und am unteren Rande derselben eine erbsengrosse Geschwulst. An dieser Stelle will Patientin oft vor den Anfällen Schmerzen verspüren. An den Unterschenkeln bemerkt man einige sugillirte Hautstellen.

Abends Anfall: Patientin ruft, es werde ihr schwindlig, und einige Secunden darauf tritt anscheinende Bewusstlosigkeit ein. Sogleich beginnen die Krämpfe in Form von sehr starken Contractionen bald der linken, bald der rechten Körperseite und der gesammten Rückenmuskulatur; Zuckungen der Extremitäten, Verzerren des Gesichtes, kein Schaum vor dem Munde. Die Dauer des Anfalls beträgt etwa ¼ Stunde, nachher erwacht die Patientin sehr matt, will von dem Vorgefallenen nichts wissen und glaubt ruhig geschlafen zu haben.

An den folgenden Tagen waren die Anfälle viel schwächer und weniger lang. Kal. bromat., das gleich am Anfang gegeben wurde, zeigte keinen bedeutenden Einfluss, dagegen erwiesen sich kalte Douchen und strenge psychische Behandlung als wirksam, so dass die Anfälle schliesslich ganz wegblieben und die Entlassung nach 18 Tagen vollständigen Wohlbefindens am 26. October 1885 erfolgte.

Kaum zu Hause angelangt, begannen die alten Symptome wieder, und am folgenden Tag wurde die Patientin von Neuem hereingebracht. Da aber während der Zeit des Spitalaufenthaltes keine Anfälle auftraten, konnte die Patientin am 18. Nov. einer Erholungsstation auf dem Lande zugewiesen werden.

Im Jahre 1886 erschien Patientin wegen Recidiven wieder im Spital. Es zeigte sich, dass die Perversität des Charakters und etwas Simulation im Krankheitsbilde auftraten, und so gab man dem Vater den Rath, das Mädchen sehr strenge zu halten, worauf die Anfälle ganz ausblieben.

Doch war das Mädchen psychisch und moralisch noch nicht als normal zu betrachten. Sie wurde nämlich im gleichen Jahr wegen Kleptomanie verurtheilt und in einer Besserungsanstalt versorgt (April 1887).

Von dem Director dieser Anstalt habe ich in den letzten Tagen erfahren, dass Patientin während ihres Aufenthaltes bis Juli 1888 wieder 3 Krampfanfälle bekommen hat, den letzten vor 3 Monaten. Sie befindet sich sonst wohl und ist gutartigen Charakters, doch leicht „aufbrausend".

Bis jetzt zeigte sich noch keine Menstruation.

Fall Nr. 17.

Wilhelm H., $7^2/_3$ Jahre alt, Beamtensohn; aufgenommen den 27. November 1885.

Eltern des Patienten gesund; 2 Geschwister des Vaters starben an Phthisis.

In der Ascendenz machte sich keine neuropathische Belastung bemerkbar, doch ist eine 2 Jahre ältere Schwester des Patienten schwachsinnig; die 6 anderen Geschwister sind wohl.

Patientin war bis zum 10. Monat ein kräftiges Kind, machte schon Gehversuche, da wurde es von intensivem Keuchhusten befallen. Die Krankheit war sehr hartnäckig; Patient musste viel brechen, magerte stark ab, und seit dieser Zeit litt er an immerwährendem Brechreiz. Er konnte meistens nur flüssige Nahrung ertragen, feste Speisen wurden entweder gar nicht heruntergeschluckt oder aber gleich erbrochen.

Dadurch blieb selbstverständlich das Kind elend und mager, es überstand zudem viele Kinderkrankheiten, so im 5. Lebensjahre Masern, Nesselfieber; im 6. Scharlach mit Diphtheritis und Nephritis, dieses Jahr endlich Lungenentzündung und nochmalige Diphtherie.

Zeitweise konnte dem Kinde Zwieback oder etwas Brod beigebracht werden; seit den letzten Krankheiten aber verschlimmerte sich der Zustand in dem Masse, dass Patient sogar mehrere Tage lang gar nichts geniessen konnte.

Durch das einmalige Einführen einer Magensonde von Seite eines Arztes trat diesen Sommer eine kurzdauernde Besserung ein, während welcher Zeit es dem Knaben möglich war, Milch und Suppe zu sich zu nehmen und zu behalten. Wiedereintreten der früheren Symptome verlangte die Verbringung des Patienten in das Kinderspital

Status praesens. Blasser, magerer, wenig entwickelter Knabe. Lymphdrüsen nicht geschwellt, im Rachen nichts Besonderes. Der weiche Gaumen hebt sich in normaler Weise. Bei der Untersuchung würgt Patient sehr stark.

Am 1. Tag erbricht Patient nicht, dagegen sehr viel am 2., und nimmt blos flüssige Nahrung zu sich. Er zeigt verschlossenen Charakter und ist sehr launenhaft.

Am 3. Tag Sondirung des Oesophagus: nirgends abnorme Resistenz, nirgends engere Stelle zu fühlen. Gleich nach Entfernung der Sonde auffallende Besserung, die durch Faradisation des Halses noch mächtig unterstützt wird. Sondirung und Faradisation werden fortgesetzt, so dass am 12. December, 14 Tage nach dem Eintritt, Patient schon Alles essen kann und die ganze Kost bekommt, bestehend aus Suppe, Fleisch, Gemüse, Brod; kein Brechen, auch kein Brechreiz mehr. Will der Knabe einmal das vorgesetzte Essen nicht zu sich nehmen, so genügt das Zeigen oder Zusammenstellen des elektrischen Apparates, um allen Widerwillen gegen die Nahrungsaufnahme zu vertreiben.

20. Januar 1886. Patient ist seit mehr als 5 Wochen ohne Beschwerden, hat eine sichtliche Freude mit den anderen Kindern zu essen und sieht auch viel besser aus als beim Eintritt. Wird geheilt entlassen.

Im Juni 1888 besuchte ich den Knaben; ich fand ihn in demselben Zustande wie vor seinem Spitalaufenthalt!

Als er im Januar 1886 vom Spital nach Hause fuhr (mehrere Eisenbahnstunden), erkältete er sich etwas, musste einige Tage im Bett bleiben und fing dann gleich wieder an Fleisch, Brod etc. zu brechen. Er lebte seither fast ausschliesslich von etwas Milch, ge-

seihten Suppen und Zwieback. Die vom Arzt noch zuweilen angewandte Magensonde wirkt jetzt nicht mehr so sicher und nur für einige Tage.

Patient will auch zuweilen die Milch nicht mehr trinken, ist sehr verschlossen, verstimmt, stark abgemagert. Vom Vater wird er verwöhnt und von den Geschwistern viel geneckt. Herz und Lungen sind gesund.

In letzter Zeit bekommt er Nachts öfter Anfälle von Pavor nocturnus mit lebhaften Hallucinationen.

Leider will sich der Vater vom Kinde nicht mehr trennen, so dass Genesung bei dieser Behandlung kaum noch zu erwarten ist.

Fall Nr. 20.

Gertrude L., $10^2/_3$ Jahre alt; aufgenommen den 30. Nov. 1886.

Hereditär schwer belastet. Verschiedene Geisteskrankheiten in der Familie.

Der Vater ist Hypochonder.

Bei unserer Patientin bemerkte man schon seit langer Zeit neben schwacher Körperconstitution eine abnorme nervöse Aufregung, deshalb wurde sie auch von den Eltern mit vieler Sorge und Aufmerksamkeit erzogen; war nie ernstlich krank und hatte immer guten Appetit und geregelten Stuhlgang.

Letztes Jahr traten mehrmals asthmatische Anfälle auf, welche dieses Jahr, besonders seit Anfang October, sich wieder einfanden: starke Dyspnoe, bis zu einer Viertelstunde dauernd, stellt sich ein; in der grossen Athemnoth will Patientin zum Fenster hinausspringen, an den Wänden hinaufklettern, hat Gesichtshallucinationen.

In letzter Zeit kamen häufige epileptiforme Anfälle dazu: Pat. fällt plötzlich scheinbar bewusstlos zu Boden, macht krampfhafte Bewegungen der Extremitäten und zeigt Schaum vor dem Munde.

Status praesens. Gracil gebautes, ziemlich blasses Mädchen. Herzaction bei der Untersuchung etwas unregelmässig. Patientin giebt sehr gern und ausführliche Antworten über ihr Befinden, ihre Krankheit und bisherige Behandlung (Natr. bromat.).

Abends 8 Uhr: unvollständiger Anfall. Das Mädchen springt aus dem Bette, stürzt zu Boden und hat einige Minuten ohne vollständige Bewusstlosigkeit krampfhafte Zuckungen der Extremitäten. Kein Fieber. Patientin sieht immer aufgeregt aus, lacht und weint sehr leicht ohne Grund.

1. December ebenfalls um 8 Uhr Abends nur leichter Anfall: Pat. steht auf und tanzt im Saale herum, wie in einer Art somnambulen Zustandes.

Seither bis zum Austritt am 24. Dec. 1886 bei entsprechender psychischer und physischer, hydropathischer Behandlung kein Anfall mehr.

Gleich nach der Heimkehr erkrankte Patientin an acutem Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber, aber ohne psychische Störung.

Von Mai bis September 1887 Landaufenthalt, dabei erfreute sich das Mädchen fortwährenden Wohlbefindens, das selbst während des Schulbesuches bis Ende des Jahres andauerte.

Dieses Jahr, im Januar, begannen aber ohne weitere Ursache die Anfälle von Neuem: Angstzustände, Globusgefühl, Herausstrecken der Zunge, Gelenkschmerzen mit mehr oder weniger starken Zuckungen und allgemeinen Convulsionen begleitet, stellten sich ein.

Endlich, seit einem starken hystero-epileptiformen Anfall, Ende Januar, blieb die Patientin bis jetzt (Juli) vollständig frei; sie

sieht aber noch schwächlich, psychisch nicht ganz normal aus, ist zerstreut, unruhig, ihrer Mutter ausserordentlich anhänglich, und bleibt augenscheinlich weiteren Rückfällen ausgesetzt.

Fall Nr. 21.

Hans L., 12¼ Jahre alt; aufgenommen den 4. Januar 1887.

Vater Ausläufer, ist Hypochonder, litt ca. 15 Jahre an einem Stimmbruch. Die Mutter hatte von ihrem 12. bis 19. Lebensjahr häufig starke Kopfschmerzen (angeblich nach einem Fall auf dem Eise). Grossvater an Apoplexia gestorben. Patient hat acht etwas blutarme Geschwister, wurde mit einem rechtseitigen Klumpfuss, der durch fleissiges Massiren schon im 1. Lebensjahre vollständig corrigirt wurde, geboren.

Ausser einer Lungenentzündung und Diphtherie keine schweren Krankheiten durchgemacht.

Die Mutter erzählt, dass der Knabe seit dem 3. Lebensjahre auf einmal, fast jeden Winter, ein steifes Bein (eine Contractur am rechten Knie) bekommen habe, dass aber durch Massage und spirituöse Einreibungen diese Contractur jeweilen nach einigen Tagen verschwunden sei.

Früher trat dieses Leiden nur einmal im Winter auf, letztes Jahr zweimal, und diesen Winter ist schon der 3. Anfall da: den 1. Januar Morgens, als Patient aufstehen wollte, konnte er plötzlich das rechte Bein nicht mehr strecken und gar nicht mehr gehen. Die spirituösen Einreibungen halfen diesmal nicht mehr. Dazu wurde der Knabe Abends plötzlich sehr unruhig, versteckte sich unter die Bettdecke wegen Hallucinationen: er sah Männer, die, durch das Fenster hereingekommen, ihn nun in das kranke Bein stachen.

Diese Aufregung wurde bei den früheren Anfällen nicht beobachtet.

Status praesens. Ordentlich genährter, etwas blasser, sonst gesund aussehender intelligenter Knabe. Kleine Struma. An den inneren Organen nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Das rechte Bein bleibt im Kniegelenk fast rechtwinklig flectirt und kann weder activ noch passiv gestreckt werden; bei jedem Versuche fühlt der Patient starke Schmerzen im Beine. Objectiv ist sonst keine Abnormität bemerkbar, weder Schwellung noch Röthung am Knie-, Hüft- oder Fussgelenk.

Um vorwärts zu kommen, hüpft der Knabe auf dem linken Bein; der Patellarreflex ist beiderseits deutlich, rechts zuckt dabei das ganze Bein mit, bleibt aber in Flexionsstellung.

Diese Contractur blieb drei Tage bestehen, darauf wurde Abends eine energische Faradisation des ganzen Beins vorgenommen und schon am andern Morgen konnte Patient ohne irgend welche Schwierigkeit gehen und springen. Austritt (geheilt) den 12. Januar 1887.

Einen Monat später, am 7. Februar, erscheint der Knabe wieder: Seit gestern Morgen kann er gar nichts mehr schlucken, weil, wie er behauptet, sehr starke Schmerzen im Halse ihn daran hindern. Die Stimme ist normal; im Halse kann nichts Abnormes entdeckt werden, doch zeigt der Knabe grosse Empfindlichkeit bei der Untersuchung. Es wird ihm auf den folgenden Morgen die „elektrische Maschine“ in Aussicht gestellt, und richtig, wie ich andern Tags mit dem Apparat in das Zimmer eintrete, kommt mir der Knabe mit einem Stück Brod in der Hand entgegen, er isst vergnügt davon und kann nach einigen Tagen als geheilt entlassen werden.

Seither hat Patient 3mal Recidive bekommen: letzten Sommer, und im Januar dieses Jahres die Contractur am rechten Knie; anfangs Mai 1888, Schluckbeschwerden, Brechreiz und belegte Stimme (wie der Vater). Jedesmal trat zu Hause rasche Heilung durch Einreibungen mit Spirit. camphorat. ein.

Der Knabe soll ein fleissiger Schüler gewesen sein, er sieht aber schlechter aus als letztes Jahr, bekommt daher Syr. ferr. jodat. weiter.

Neue Recidive scheinen mir sehr wahrscheinlich zu sein, besonders auch weil (der grossen Armuth der Eltern wegen) Ernährung und Erziehung sehr gering sind.

Fall Nr. 22.

Elise S., 13½ Jahre alt; aufgenommen den 1. November 1887.

Hereditär tuberculös belastet: die Mutter und deren 4 Geschwister sind an Auszehrung gestorben. Vater Buchdrucker, gesund.

Keine neuropathische Belastung in der Familie. Abgesehen von Scharlach und Masern, welche Patientin im 1. und 2. Lebensjahre überstand, war sie nie eigentlich krank, ist aber von etwas schwächlicher Constitution.

Vor bald 3 Jahren bemerkten die Eltern, dass das Mädchen beim Essen ungeschickt wurde, allerlei Zuckungen, Grimassen, Unarten und eigenthümliche Bewegungen mit Händen und Füssen ausführte. Sie stolperte oft beim Gehen.

Vor einem Jahre traten, ohne weitere Veranlassung, daneben Anfälle auf, die der Vater als „Schnappkrämpfe" bezeichnet; Patientin schlug den Kopf auf einmal rasch nach rückwärts und machte mit weit geöffnetem Munde heftige Inspirationsbewegungen, wie wenn sie nach Luft schnappen wollte.

Solche Anfälle kamen im Laufe eines Tages oft sehr häufig vor, hörten dann wochenlang auf, um später wieder zu erscheinen.

Ueber Herzklopfen und Schwindel klagte das Mädchen öfter. Allmählich veränderten sich die Anfälle in dem Sinne, dass die Zuckungen nicht nur den Kopf, sondern den ganzen Oberkörper nach vorne rissen: blitzartige Nickbewegungen von einem schluchzenden Tone begleitet, manchmal stundenlang nach einander, entwickelten sich.

Oft ist dabei das Bewusstsein etwas gestört, Patientin delirirt, hat Hallucinationen und spricht dann gern von ihrer verstorbenen Mutter.

In den von Anfällen freien Intervallen bemerkte man fast fortwährend choreaartige Bewegungen der Extremitäten.

Status praesens. Ordentlich genährtes Mädchen. Cervicaldrüsen links geschwellt. Pupillen mittelweit, gleich, reagiren gut. Herzaction etwas unregelmässig. Lungen gesund. Patellarsehnenreflex beiderseits erhöht.

Die Spasmus nutans-artigen Zuckungen, von singultusähnlichem Tone begleitet, bestehen, wie oben beschrieben, stundenlang weiter. Anspritzen von kaltem Wasser ist ohne Einfluss auf sie.

2. November. Faradisation und psychische Behandlung bewirkten Nachlass in der Häufigkeit der Krämpfe, vom 5. November an blieben sie sogar ganz weg.

Patientin findet selbst, sie sei im Spital ruhiger und nicht durch die vielen Leute aufgeregt, die zu Hause während der Anfälle jeweilen ihr Bett umstanden.

Ausser einem Anfalle von allgemeinen Convulsionen, die am 11. November während einer halben Stunde Morgens ohne bestimmte Ursache auftraten, blieb das Mädchen bis am 25. November 1887 fortwährend wohl und trat als geheilt aus.

14 Tage nachher sind zu Hause schon Recidive erschienen, zuerst leichte, seit Februar 1888 aber schwerere und verschiedenartige Anfälle. Neulich z. B. wirft sie beim Kaffeetrinken auf einmal ihre Tasse um, redet verworrenes Zeug, wird von einer Art „Esskrampf" befallen, springt plötzlich auf, eilt fort und wirft sich unter lautem Weinen und Schluchzen auf ihr Bett.

Choreartige Bewegungen und Spasmus nutans kommen oft mehrmals am Tage wieder vor; zwischen hinein hat sie auch ganz freie Intervallen, wo sie vernünftig und ruhig spielt oder spricht.

Fall Nr. 24.

Emilie G., 12 Jahre alt; aufgenommen in die Poliklinik den 23. Mai 1888.

Vater, sowie dessen 3 Geschwister an Hirnschlag gestorben, war sehr nervös; als Eisenbahnconducteur fiel er mehrmals vom Zuge, blieb nachher einmal 2 Tage bewusstlos (Angabe der Mutter). Mutter wohl. zwei Geschwister der Patientin sind im Alter von einem Jahr rasch an Convulsionen gestorben. Keine Phthisis in der Familie.

Patientin selbst ist fast während ihres ganzen Lebens krank gewesen. Sie kam ca. einen Monat zu früh auf die Welt, blieb elend und schwach, konnte mit neun Monaten den Kopf noch nicht frei halten, als ein Anfall von Poliomyelitis ant. acuta auftrat, der eine fast vollständige Lähmung des rechten Beines hinterliess. Erst im 6. Jahre lernte Patientin mit einem Apparat gehen.

Jeder neue Zahn verursachte Convulsionen, und vor 5 Jahren machte das Mädchen noch eine Hirnentzündung (?), dann Lungenentzündung und Diphtherie durch.

Fortwährend bestand allgemeine Schwäche, häufig Kopfweh, Uebelkeit.

Patientin war immer sehr launenhaft, leicht in gereizte Stimmung und Zorn zu bringen.

Dieses Jahr sollen Anämie und Schwäche besonders stark und die Aufregung seit 14 Tagen ganz besonders gross sein: das Kind fährt bei jedem Glockenschlag auf, schläft schlecht, hat keinen Appetit, ist sehr unruhig und führt allerlei Dummheiten und Unarten aus, wie dies auch heute noch der Fall ist.

Status praesens. 23. Mai. Sehr anämisches, schlecht genährtes Mädchen. An den inneren Organen nichts Krankhaftes nachzuweisen, ausser starken Venengeräuschen am Halse rechts und schmerzhaften Punkten auf dem Abdomen (Ovarialgegend). Zunge nicht belegt, wird sehr oft stark herausgestreckt.

Starke Atrophie des rechten Beines, das sich auch kühler anfühlt als das linke, leichte Verkürzung, Fuss in leichter Equinovarusstellung. Patientin trägt einen Stützapparat und kann jetzt ordentlich gehen, hinkt aber stark und senkt das Becken auf der gelähmten Seite mehr als auf der gesunden. Patellarreflex rechts null, links erhöht.

Patientin macht mit den Händen fortwährend choreaartige Bewegungen, hat auch von Zeit zu Zeit clonische Zuckungen der Arme. Die Augen rollt sie sehr häufig nach oben. Sie giebt auf Fragen gute Antworten, klagt über Kopfweh und beständige Gesichtshallucinationen, die Leichen und Todte zum Inhalt haben. Es wird ihr auch oft schwindlig und dunkel vor den Augen.

Verordnung: Eisen, kalte Waschungen und Einwicklungen.

Patientin befand sich nach dem Besuch in der Poliklinik mehrere Tage besser. Den 2. Juni Abends wurde sie aber von einem stärkeren

Krampfanfall mit lebhaften Hallucinationen befallen, und am 9. Juni wiederum von einem, der alle Symptome der Chorea major bietet:

Um 7 Uhr Abends, nach einem Spaziergang, Schwindel, Brechen, Dunkel vor den Augen, Patientin ging ins Bett und gleich setzte der Anfall ein mit tonischen und clonischen Krämpfen, Opisthotonus (Arc de cercle). Auf einmal sprang das Mädchen in die Höhe, kletterte an der Wand empor, riss unter furchtbarem Geschrei Bilder herunter und schlug rechts und links um sich. Die Zunge hing während des Anfalls stark zum Mundwinkel heraus. Die Augen waren weit offen und doch erkannte Patientin Niemanden. Sie entwickelte bei den Sprüngen und Schlägen eine ungewöhnliche Kraft und war nur mit Mühe zu bändigen.

Erst nach ca. 2½ Stunden trat die Ruhe unter Application von kalten Einwicklungen allmählich wieder ein.

Am andern Tag war Patientin wohl, hatte gut geschlafen und wusste nichts von dem Anfall; sie gab blos an, dass sie schwarze Männer gesehen hätte, die ihr Leid anthun wollten.

Seit dem 9. Juni bis Ende des Monats keine Anfälle mehr. Patientin ist mit den Händen ruhiger, sieht keine Leichen mehr und zeigt überhaupt besseres Aussehen. Wird weiter beobachtet.

Auf den folgenden Seiten (pag. 314—321) sind die wesentlichsten Momente der beobachteten Fälle übersichtlich in tabellarischer Form zusammengestellt.

Fall Nr.	Aufenthalt im Spital.	Geschlecht und Alter.	Heredität.	Früherer Gesundheitszustand.	Anamnestisches.
1.	1872 18. I. bis 5. II.	W. $13^2/_3$ J.	Vater lungenleidend †.	Scharlach, Masern. Nervenfieber im 9. Jahr.	Seit 5 Monaten eigenthümliche Stellung der Hände. Ohne directe Ursache.
2.	1872 9. bis 20. VIII.	W. 11 J.	Vater nervös, aufgeregt. Mutter ebenfalls, deren 3 Geschw. sowie Mutter an Phthisis †.	Im 7. Jahr Scharlach, Diphtherie, Pertussis; abundantes Nasenbluten. Nervöses Husten.	Dieses Jahr starkes Wachsthum. Impfung im April; seither Klagen.
3.	1872 16. X. bis 2. I. 73.	W. $13^3/_4$ J.	Vater an Phthisis †. Mutter schwächlich. 2 Geschw. an Phthisis †.	Seit dem 9. Jahr kränklich. Anämie. Schwindelanfälle. Husten. Kopfweh. Nasenbluten.	Allgemeine Schwäche besond. dieses Jahr und Auftreten einer Parese der rechten Körperseite. Verschwand nach elektrischer Behandlung. Jetzt Recidive.
4.	1873 20. II. bis 5. III.	M. 8 J.	Eltern und Geschw. gesund.	Früher gesund. Vor 5 Wochen schwere Variola.	Nach Variola plötzlich grosse Schwäche. Seit 8 Tagen stärker.
5.	1873 13. bis 25. III.	W. 11 J.	Vater phthisisch †. Mutter früher hysterisch.	Zangengeburt. Beschwerden bei der Dentition. Immer schwächlich.	Am 22. VI. 72 Convulsionen. Ursache nicht bekannt. Vor $^1/_4$ Jahr wieder, seither öfters, meistens hemiplegische.
6.	1876	W. 11 J.	Keine Belastung.	Soll verschiedene Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Schnell gewachsen.	Seit einiger Zeit Anfälle, bei Aufregung. Ohne bekannte Ursache.

Symptome.	Therapie und Ausgang.	Weiterer Verlauf und Recidive.	Status praesens im Juni 1888.
Contractur beider Arme in Flexions- und Pronations-Stellung. Nachts normale Haltung. Kann nicht mehr allein essen.	Elektricität. Moralische Beeinflussung. Turnübungen. Heilung.	Keine Recidive.	Sehr nervös. Kopfweh. Im Ganzen gesundes Aussehen. Periode seit dem 17. Jahr, stark.
Parese der Beine. Kopfweh. Schlingbeschwerden. Choreatische Bewegungen. Lichtscheu, Anämie. Verwöhnter Charakter.	Bäder, Eisen, Elektricität. Gehübungen. Ungeheilt heimgeschickt.	Symptome weiter gedauert. Elektrische Behandlung: grosse Aufregung. Allgemeine Convulsionen. Zwangsjacke. Heilung für 6 Monate. Nach Gelenkrheumatismus weitere Recidive.	Kann gar nicht gehen oder stehen. Bleibt seit 10 Jahren im Bett. Sehr verstimmt. Periode seit dem 16. Jahr regelmässig.
Parese der Beine. Schmerzhafte Punkte. Belegte Stimme. Launenhaftigkeit. Allerlei Klagen.	Strenge Behandlung. Im Spital rasche Besserung und Heilung.	So weit bekannt keine Recidive (?)	Seit 6 Jahren in Amerika.
Parese der Beine. Anämie. Veränderte Stimmung.	Faradisation. Gehübungen auf Befehl. Eisen. Rasche Heilung.	Keine Recidive. Günstige Weiterentwicklung.	Kräftige Constitution. Etwas Zittern der Hände.
Hemiplegische Anfälle mit Aura. Bewusstsein nicht gestört. Grosse Aufregung.	Bäder. Diät. Chloral. Heilung.	Nach 4 Jahren Recidiv, seither immer wieder. Allerlei neue Symptome, besonders bei kalter Witterung.	Ausgesprochene Hysterie. Gereizte Stimmung, allgemeine Klagen und Unwohlsein. Grosse Schwäche, Anämie. Periode im 14. Lebensjahr oft unregelmässig und stark.
Angina pectoris ähnliche Anfälle. Will am Ersticken sein. Anämie. Aufregung und Unruhe.	Völliges Ignoriren der Anfälle. Eisen. Rasche Heilung.	Anfälle noch einige Male aufgetreten, dann allmählich verschwunden.	Etwas Husten. Nervöse Aufregung. Struma. Sonst gesund. Periode seit dem 16. Lebensjahr in Ordnung.

Fall Nr.	Aufenthalt im Spital	Geschlecht und Alter.	Heredität.	Früherer Gesundheitszustand.	Anamnestisches.
7.	1876 3.V. bis 27.VII. 1877 Irrenanstalt.	W. 12½ J.	Vater an progress. Paralyse †. Grossmutter geisteskrank. Mutter nervös. 4 Geschwister geisteskrank.	Nie ernstlich krank gewesen.	Seit ca. 1 Jahr allmählich veränderte Stimmung. Aufregung. Keine directe Ursache.
8.	1878 17.bis 28.X.	W. 8 J.	Vater früher Anfälle gehabt. Mutter lungenleidend.	Rachitis. Konnte erst im 3. Jahr gehen. Convulsionen bei der Dentition. Enuresis.	Vor 3 Jahren Schreck, seither Anfälle, besonders während des Essens.
9.	1880 2. bis 28. I.	W. 12½ J.	Vater nervös. Mutter früher viel Kopfweh. 1 Bruder an allgemeiner Miliartuberculose †.	Partus praematur. Immer sehr schwaches Kind. Masern, Scharlach. Verdauungsstörungen.	Seit 4 Wochen ohne näher bekannte Ursache allerlei Klagen und Schmerzen.
10.	1881 1.VI. bis 9.VII.	W. 10⅙ J.	Vater phthisisch an Typhus abd. †. Dessen 5 Geschw. und Mutter an Phthisis †. Mutter früher sehr viele Kopfschmerzen.	Lungenentzündung, Masern. Retentio urinae (2½ Jahr alt). Schwächliche Constitution.	Vor 4 Jahren Parese der Beine. Seit 4 Wochen wieder. Ohne weitere Ursache.
11.	1881 Poliklin. 12. IX.	W. 13 J.	Grossvater mehrmals geisteskrank. Vater gesund. Mutter früher hysterisch; ebenso eine Schwester von ihr.	Nicht ausgetragen. Immer schwächlich. Verdauungsstörungen. Masern. Oefter Angina. Seit dem 6. Jahr viel Kopfweh und Brechen.	Seit dem Monat Juni, nach heftigem Schreck, Anfälle.
12.	1882 3. X. bis 1. XI.	W. 13 J.	Eine Tante ist in der Irrenanstalt. Mutter an Phthisis †. 2 Geschwister mit Zwerggestalt.	Von jeher kränklich. Rachitis; erst im 5. Jahre gehen gelernt. Im 11. Jahre Beinbruch; desswegen längere Zeit Spitalbehandlung.	Vor 16 Tagen, beim Essen, Anfall. Fall vom Stuhle. Convulsionen. Seither jeden Tag wieder.

Symptome.	Therapie und Ausgang.	Weiterer Verlauf und Recidive.	Status praesens im Juni 1888.
Auffallend im Benehmen und Reden. Eigenthümliche Haltung des Körpers. Kopfdruck, Hyperästhesien. Gehör- und Gesichtshallucinationen. Lachkrämpfe. Schwindelanfälle.	Allgemeine psychische und roborirende Behandlung. Narcotica. Hydrotherapie. Geheilt entlassen.	$1^1/_2$ Jahr Wohlbefinden. Schwere Recidive nach Eintritt der Menses. Deshalb wieder in der Irrenanstalt von 1879—1882 und von 1885 bis jetzt noch.	Schwere hysterische Psychose (unheilbar). Menses im 15. Lebensjahr etwas unregelmässig.
Kurz dauernde Anfälle zuweilen mit, auch ohne Bewusstseinsstörung. Rasch coupirt durch kaltes Wasser. Keine Aura. Keine Mattigkeit nach den Anfällen. Aufgeregte, gereizte Stimmung.	Bäder. Ungeheilt entlassen.	Gleiche Anfälle bis in's Jahr 1877. Verschwanden allmählich auf Schwefelbäder.	Kräftige Constitution. Leichter Grad von Schwachsinn. Kann doch zu Hause etwas arbeiten. Seit Kurzem menstruirt.
Launenhafte, reizbare Stimmung. Uebelkeit, Kopfweh. Brechen. Schmerzhafte Punkte des Abdomens. Anämie.	Bäder. Calomel. Roborantia. Im Spital rasche Heilung.	Menses mit $13^1/_2$ Jahr. Mit Eintritt derselben Wiederauftreten aller früheren Symptome.	Hysterischer Zustand. Clavus, Kopfweh. Herzklopfen. Verstopfung. Schmerzen und Klagen aller Art. Hysterischer Charakter.
Parese der Beine. Analgesie; Kataleptische Symptome. Kopfschmerzen. Unfreundliches, unnatürliches Benehmen. Anämie.	Faradisation und psychische Behandlung. Gymnastik. Kalte Einwickelungen. Eisen. Heilung.	Parese nicht mehr aufgetreten. Patient doch immer sehr schwächlich.	Kindlicher Habitus. Fast beständig Kopfweh. Rückenschmerzen. Noch keine Menses.
Anfälle von Chorea major. Hallucinationen. Exstasen. Dauer bis 1 Stunde. Nachher Amnesie.	Wasser in's Gesicht. Psychische Behandlung.	Anfälle bis Ende 1881, dann allmählich verschwunden. Menses seit dem 16. Jahr stark, alle 3 Wochen.	Keine Anfälle mehr, aber viel Herzklopfen. Kopfweh; sehr aufgeregt, nervös. — Rheumatismus. Ist Kindererzieherin in Frankreich.
Tonische und clonische Krämpfe, ohne Bewusstseinsverlust. Hallucinationen. Anästhesien und Hyperästhesien. Anämie.	Wasser in's Gesicht. Strenge Behandlung. Eisen. Geheilt entlassen.	Zu Hause Anfälle noch während 14 Tage. Seither schwach geblieben. Nicht gewachsen.	Fast Zwerghabitus wie ihre 2 Geschw. Kindliche Stimme und geringe Begabung. Ist jetzt Näherin. Noch keine Menses.

Fall Nr.	Aufenthalt im Spital.	Geschlecht und Alter.	Heredität.	Früherer Gesundheitszustand.	Anamnestisches.
13.	1885 7. bis 10. II.	W. $9\frac{1}{2}$ J.	Vater und Mutter phthisisch. Mutter leidet auch an Tumor alb. genu. Bruder an Tubercul. gestorben.	Gelenkrheumatismus. Scharlach. Masern. Lungenentzündung.	Schwächliches, verwöhntes Kind, leicht aufgeregt. Seit 2 Tagen Aphonie ohne besondere Ursache.
14.	1885 18. bis 29. VI.	W. $11\frac{1}{4}$ J.	Keine hereditäre Belastung.	Immer schwächlich. Oft Nasenbluten. Lebt in sehr ärmlichen Verhältnissen.	Als Spondylitis behandelt wegen Rückenschmerzen. Seit 14 Tagen Aphonie.
15.	1885 4. bis 14. IX. 4. bis 18. XI.	W. $11\frac{1}{2}$ J.	Mutter früher hysterisch. Deren Bruder an Blutsturz †. Vater und Geschwister wohl, doch anämisch.	Keine schweren Krankheiten. Immer blass, schlecht genährt.	Misshandlung von Kameraden. Grosse Angst. Bald nachher Unwohlsein und Anfälle.
16.	1885 2. bis 26. X.	W. $10\frac{3}{4}$ J.	Vater wohl. Mutter sowie deren 2 Geschwister und Grossmutter an Phthisis †.	Ohrenfluss. An linksseitigem Empyem 18 Wochen krank (im 5. Lebensjahr).	Vor 6 Wochen, ohne bekannte Ursache, Convulsionen nach der Schule. Seither häufig wieder.
17.	1885 27. XI. bis 20. I. 1886.	M. $7\frac{1}{3}$ J.	Vater und Mutter gesund. 2 Geschwister des Vaters an Phthisis †. Eine Schwester schwachsinnig.	Mit $\frac{3}{4}$ Jahr sehr starke Pertussis. Seither fortwährend Brechreiz. Masern, Diphtherie, Scharlach, Pneumonie.	Wegen Brechreiz lebt seit vielen Jahren ausschliesslich von flüssiger Nahrung. Ist schwach, blass, mager.
18.	1886 2. bis 16. II.	W. $11\frac{5}{6}$ J.	Vater sehr aufgeregt. Mutter an Wassersucht † (Herzfehler).	Im 2. Lebensjahr, Anfall von Poliomyel. ant. ac. Daher Klumpfüsse und r. Hand paretisch. Wird zu Hause vom Vater schlecht behandelt.	Den 5. XII. 85 eine Stiege heruntergefallen. 8 Tage später Auftreten der Symptome.
19.	1886 23. VI. bis 8. VII.	W. $12\frac{1}{2}$ J.	Vater an Delir. trem. chron. alcohol. im Irrenhaus †. Mutter an allgemeinem Hydrops †. 2 ältere Geschwister wohl.	Immer schwächlich und blutarm. Struma.	Seit 14 Tagen ohne besondere Veranlassung allerlei Klagen.

Symptome.	Therapie und Ausgang.	Weiterer Verlauf und Recidive.	Status praesens im Juni 1888.
Aphonie, Clavus, Globus. Nervöse Aufregung.	Durch Faradisation sofortige Heilung.	Seither öfters wieder ohne Stimme, bei Aufregung.	Vater an Phthisis †. Patient oft Gelenkschmerzen. Herzklopfen. Keine Menses.
Aphonie. Schmerzen im Rücken. Hyperästhesie einiger Dornfortsätze. Unsicherer Gang, Parese der Beine.	Heilung durch Faradisation und Laryngoskopiren. Roborantien.	Wurde auf's Land geschickt. Seither keine Recidive.	Etwas Kopfweh und Anämie. Sonst wohl. Keine Menses.
Chorea major: Wuthanfälle, Bewusstseinsstörung, Hallucinationen, Schreikrämpfe.	Aufenthalt im Spital. Psychische Einwirkungen. Heilung.	Seither keine Anfälle mehr. Längerer Landaufenthalt.	Noch schwächlich, blass. Kopfweh. Noch keine Menses.
Hystero-epileptiforme Anfälle, mit kurzer Aura.	Psychische und hydropathische Behandlung. Heilung.	Gleich nach der Entlassung mehrmals Recidive. Auch Simulation dabei entdeckt. Perversität des Charakters. Kleptomanie.	Jetzt in einer Besserungsanstalt. Hatte dort noch mehrere Anfälle. Sonst gesund. Ist etwas aufbrausender Natur.
Fortwährender Brechreiz bei Nahrungsaufnahme. Kann nur Flüssiges vertragen. Objectiv nichts nachzuweisen. Ist verschlossen und launenhaft.	Rasche Heilung durch Sondirung des Oesophagus und Faradisation.	Zu Hause sofort Recidive, mit denselben Symptomen.	Jetzt immer weiter Brechreiz bei festen Speisen. Sehr verwöhntes Kind. Grosse Schwäche und Abmagerung.
Kann nicht stehen und gehen. Schmerzen im Rücken (als Myelitis subacuta geschickt). Mehrere Dornfortsätze empfindlich.	Geheilt durch einfachen Befehl. Psychische Einwirkung.	Seither keine Symptome mehr, ausser Launenhaftigkeit.	Klagt oft über Rücken- und Gelenkschmerzen. Sonst bis jetzt gesund. Keine Menses.
Hyperästhesien mit täglich wechselnder Localisation. Herzklopfen. Hysterischer Charakter.	Im Spital rasch geheilt. Bäder. Eisen.	Bis jetzt keine eigentliche Recidive. Oft Heiserkeit, Herzklopfen.	Schlechtes Aussehen. Anämie. Allgemeine Schwäche. Kopfweh. Beständiges Zittern der Hände.

Fall Nr.	Aufenthalt im Spital.	Geschlecht und Alter.	Heredität.	Früherer Gesundheitszustand.	Anamnestisches.
20.	1886 30. XI. bis 24. XII.	W. $10^2/_3$ J.	Vater Hypochonder. Verschiedene Geistes-Krankheiten in der Familie.	Nie ernstlich krank, doch immer zart und leicht aufgeregt.	Seit mehreren Jahren nervöse Aufregung. Vor 2 Jahren asthmatische Anfälle und Globus. Dann hystero-epileptische Anfälle. Hallucinationen.
21.	1887 4. bis 12. I.	M. $12^1/_4$ J.	Vater Hypochonder. Mutter früher viel Kopfschmerzen.	Angeborener Klumpfuss rechts; durch Massiren geheilt. Pneumonie, Diphtherie.	Seit dem 3. Lebensjahr wiederholtes Auftreten einer Contractur am r. Knie. Diesen Winter schon 3 Mal.
22.	1887 1. bis 25. IX.	W. $13^1/_2$ J.	Mutter und deren 4 Geschwister an Phthisis †. Vater wohl.	Scharlach und Masern. Schwächliche Constitution.	Vor 3 Jahren Unruhe, Zuckungen. Seit 1 Jahr „Schnappkrämpfe“ mit Singultus.
23.	1888 Poliklinik. 26. III.	W. $11^1/_2$ J.	Mutter und Grossmutter an Phthisis †. Vater und Bruder wohl.	Im 4. Lebensjahr 40 Wochen lang Pertussis. Im 8. Jahr Gehirnentzündung(?). Sehr schwaches Kind.	Seit 6 Wochen Aphonie, nach einer Verdauungsstörung. Merkwürdig schreckhaft, desswegen oft ausgelacht.
24.	1888 Poliklinik. 23. V.	W. 12 J.	Vater sehr nervös, an Apoplexia †. 2 Geschwister im 1. Lebensjahr an Convulsionen rasch †.	Nicht ausgetragen, immer krank und schwächlich. Im 9. Monat Poliomyelitis ant. ac.: Lähmung des r. Beines. Hat allerlei Krankheiten durchgemacht.	Seit 14 Tagen noch grössere Anämie und Schwäche als früher, ohne besondere Ursache. Hyst. Symptome.

Symptome.	Therapie und Ausgang.	Weiterer Verlauf und Recidive.	Status praesens im Juni 1888.
Im Spital nur unvollständige hystero-epileptische Anfälle. Somnambulismus. Grosse Aufregung. Unruhiges sehr zerstreutes Mädchen.	Psychische und hydropathische Behandlung. Natr. brom.	Zu Hause Gelenkrheumatismus. Später Landaufenthalt. Seit Januar 1888 mehrere Recidive.	Noch schwächlich, unruhig, leicht aufgeregt. In letzter Zeit ohne Anfälle.
Contractur des r. Knies in Flexionsstellung. Schmerzen. Kann nicht gehen. Abends Hallucinationen.	Rasche Heilung durch Faradisation.	1 Monat später: Hyster. Schluckbeschwerden. Noch mehrere Recidive.	Zur Zeit wohl, doch sehr schwächlich. Geringe Pflege und Nahrung zu Hause.
Spasmus nutans des Kopfes und ganzen Oberkörpers mit Singultus begleitet. Theilweise Bewusstseinsstörung. 1 Mal allgemeine Convulsionen.	Psychische und allgemeine Behandlung. Faradisation. Heilung.	Nach 14 Tagen Recidiv. Immer auffallende Aufregung.	Noch schlechter Zustand. Häufige „Schnappkrämpfe“ und Weinkrämpfe. Keine Menses.
Vollständige Aphonie.	Sofortige Heilung durch Faradisation.	1 Recidiv am 5. April; mehrere Tage Aphonie. Gleiche Therapie und Heilung.	Jetzt wohl, doch sehr schwächlich und schüchtern.
Choreaartige Bewegungen. Zuckungen der Extremitäten. Schmerzh. Punkte im Abdomen. Gesichtshallucinationen (Leichen, Todte). Starke Anämie.	Eisen. Bäder.	Am 1. Juni starker Krampfanfall. Am 9. Anfall von Chorea major.	Allgemeinzustand Ende Juni etwas besser. (Wird weiter behandelt.)

Unter diesen 24 hier beobachteten Fällen finden wir die verschiedensten Nuancirungen der Hysterie bei Kindern vertreten; ich möchte gleich von 3 Hauptgruppen sprechen, in welche sich die Fälle eintheilen lassen:

1. Von den einfachsten Formen, die sich blos durch Charakterveränderung und allgemeine Klagen kundgeben, sehen wir 2 Fälle (Nr. 9 und 19). Solche Patienten werden nur selten einer Spitalbehandlung zugewiesen, und ihre Klagen unterscheiden sich kaum von denen anämischer Kinder.

2. Stärker vertreten ist die Gruppe der Hysterie ohne Anfälle und ohne Störung des Bewusstseins (11 Fälle, Nr. 1, 3, 4, 6, 10, 13, 14, 17, 18, 21, 23), bei welchen die Krankheit sich irgendwo zu localisren scheint und bestimmte Symptome hervorruft, wie: Paresen und Paralysen, Contracturen, localisirte Anästhesie oder Hyperästhesie, Präcordialangst, Aphonie etc. Der Fall 7, obgleich etwas schwererer Art, gehörte am Anfang auch dieser Kategorie an.

3. Endlich sind die 10 anderen Fälle zu den convulsiven Formen mit mehr oder weniger ausgesprochener Bewusstseinsstörung zu rechnen, welche Charcot auch Hysteria major genannt hat. Es sind: a) Anfälle von Hystero-Epilepsie s. epileptiformer Hysterie (Nr. 8, 16, 20); b) von Chorea magna s. major oder Chorée rythmique (Nr. 11, 15, 24); c) von Spasmus nutans (Nr. 22); oder endlich d) überhaupt atypische, anfallsweise auftretende, tonische und klonische Krämpfe, wie in den Fällen 2, 5 und 12.

Aetiologie.

Gehen wir zuerst auf die Aetiologie der Krankheit bei unseren Fällen ein, so ist von vorn herein zwischen prädisponirenden und determinirenden Ursachen zu unterscheiden.

Die Prädisposition spielt meistens die Hauptrolle; sie kann hereditär, angeboren oder erworben sein.

Briquet hat bei 28% seiner hysterischen kindlichen Patienten eine neuropathische Belastung nachweisen können. In unseren 24 Fällen steigt diese hereditäre Belastung auf 58%. Bei 14 nämlich finden sich in der Ascendenz Krankheiten des Centralnervensystems: 3 mal Hysterie, 2 mal Hypochondrie, 1 mal epileptiforme Anfälle, 1 mal Delirium tremens chron., 1 mal Paralysis progress., 1 mal eine nicht näher bekannte Geisteskrankheit, 3 mal auffallende Nervosität und 2 mal hartnäckige Kopfschmerzen und Migräne.

Wir sehen weiter in 6 Fällen die Belastung von Seite des Vaters kommen, in 4 Fällen von der Mutter und in 3 anderen (Nr. 7, 9, 10, 21) von beiden Eltern. Auffallend

ist dabei die häufige Belastung väterlicherseits und die geringe Zahl der hysterischen Mütter (3), denn bei Briquet's Untersuchungen stammen die meisten hysterischen Kinder von hysterischen Müttern her.

Was die tuberculöse Belastung anbetrifft, so wird sie von Krafft-Ebing, Emminghaus u. A. in der allgemeinen Aetiologie der Psychosen als prädisponirend angegeben, ohne dass sie, wie Jolly z. B. es thut, bei der Hysterie speciell erwähnt wird. 50% meiner Patienten (12 Fälle) sind tuberculös hereditär belastet; und zwar sind in zehn Fällen Vater oder Mutter oder auch beide Eltern bestimmt tuberculös oder an Phthisis pulmonum schon gestorben, während bei den 2 anderen Patienten (Nr. 2 und 17), für mehrere Geschwister der Eltern oder für die Grosseltern Phthisis als Todesursache verzeichnet ist. Peugniez ist eher geneigt, einen indirecten Einfluss der Phthisis pulmonum der Eltern anzunehmen: „Il est peu probable," schreibt er,[1]) „qu'il y ait là rapport de cause à effet: d'abord parce que la phthisie est une affection des plus communes, ensuite parce que le plus souvent elle a pour conséquence la misère et par suite les privations et les mauvais traitements des enfants nés de parents tuberculeux."

Dies ist gewiss zum Theil richtig, doch kommen Tuberculose und Hysterie bekanntlich oft auch in wohlhabenden Familien vor; andererseits sprechen die sehr hohen Zahlen der tuberculösen Belastung bei den hysterischen Kindern doch auch sehr für deren Einfluss als prädisponirendes Moment, besonders wenn man Fälle sieht, die sonst keine andere Aetiologie aufweisen. Wir können dabei an unseren Fall 22 erinnern.:

Die Mutter und deren 4 Geschwister sind an Phthisis gestorben. Patientin machte keine schweren Krankheiten durch, wurde gut erzogen, wohl genährt, blieb aber schwach, und mit dem 10. Lebensjahr entwickelten sich ohne scheinbar directe Ursache die ersten hysterischen Symptome. Es ist sogar einer der schweren Fälle geworden.

Die Fälle 4, 6, 14, alle drei leichte Hysterien, sind die einzigen, die von gesunden Eltern stammen und weder neuropathische, noch tuberculöse Belastung aufweisen.

Bei den Eltern von 6 Patienten hingegen, meistens schwere Formen (Nr. 2, 5, 8, 9, 10, 12), bestand einerseits eine Neurose, andererseits Phthisis pulmonum.

Solche Kinder zeichnen sich schon von der Geburt an durch eine schwächliche Constitution, eine geringe Widerstands-

1) Peugniez, loc. cit. p. 25.

kraft gegen äussere Einflüsse aus; einige sind Frühgeburten (10, 24). Sie sind auch für alle Kinderkrankheiten leichter empfänglich und erholen sich schwerer als andere, sehen immer anämisch aus. Es wird da überhaupt schwer zu entscheiden sein, in wie weit die neuropathische Constitution eine angeborene oder erworbene ist.

Zu den erworbenen Ursachen hätten wir alle die Momente zu zählen, welche Anämie und Ernährungsstörungen hervorrufen können und die gesammte Constitution beeinträchtigen oder das Centralnervensystem direct beeinflussen. Gewiss ist auch ihre indirecte psychische Einwirkung nicht zu unterschätzen; es kann durch solche das Allgemeinbefinden störende Einflüsse, launenhafte und gedrückte Stimmung bewirkt werden, ohne dass wir deshalb schon von Hysterie sprechen. Alle unsere Patienten, ausser zwei, sind als anämisch bezeichnet.

Schlechte Behandlung zu Hause, zu harte und ebenfalls zu weichliche Erziehung, sehr ärmliche Verhältnisse, zu geringe Nahrung, chronische und fieberhafte Krankheiten, Rachitis, Verdauungsstörungen, Convulsionen in der Dentitionsperiode, abundantes Nasenbluten und rasches Wachsthum sind oft als Ursache der Schwäche angegeben worden.

Masturbation, in unseren Krankengeschichten selten als bewiesen erwähnt, wird wahrscheinlich auch oft mitgewirkt haben, wie es mehrere Autoren zu beobachten Gelegenheit hatten (Jacobi[1]), Henoch etc.).

Hervorheben möchte ich, wie Pertussis in mehreren Fällen tiefen Eindruck auf die gesammte Constitution des Kindes gemacht zu haben scheint. Bei Patient Nr. 17 z. B. dauerte der nach Pertussis im ersten Lebensjahre entstandene Brechreiz, neben allgemeiner Schwäche, bis zum achten Jahre fort, wo er als Hysterie erkannt wurde. Dass es Hysterie ist, zeigte die rasche, leider nur vorübergehende Heilung im Spital durch Sondirung. Schwerer jedenfalls ist die Frage zu entscheiden, wann dieser Brechreiz hysterisch wurde!

Erwähnenswerth ist auch die Entstehung der hysterischen Affection bei zwei Patienten, die im ersten Kindesalter eine Poliomyelitis ant. acuta durchgemacht hatten.[2])

Angeborene oder erworbene Prädisposition haben bei mehreren Kindern genügt, um allein die Hysterie zum Vorschein

---

1) A. Jacobi, On Masturbation and Hysteria in young Children. New-York 1876.

2) Es würde für die Ansicht Charcot's sprechen, der bei der Aetiologie der Poliomyelitis ant. nicht etwa eine Infection, sondern, wie für die Hysterie, eine neuropathische Belastung als Hauptursache angiebt.

zu bringen, oder ist wohl die nöthige Gelegenheitsursache so gering gewesen, dass man sie nicht berücksichtigte.

Unsere Patientin Nr. 24 z. B., hereditär nervös belastet, zu früh geboren, seither fortwährend krank, war in einen so abnorm nervösen Zustand gerathen, dass sie zu Hause bei jedem Glockenschlag ausser sich kam und mit Armen und Beinen zu zucken anfing. Jede Kleinigkeit ist dort im Stande, einen Anfall auszulösen.

Doch sind auch bestimmte, directe, meistens psychisch wirkende Ursachen zuweilen angegeben worden, ohne welche die Krankheit sich vielleicht nicht entwickelt hätte. Schreck, Angst, Local- oder Allgemeinleiden wirkten in diesem Sinne bei 8 Patienten: Nach heftigem Schreck entstanden 2mal Chorea major (10, 15), 1mal epileptiforme Anfälle (8); nach einem Sturz in einem anderen Falle allgemeine Hysterie mit Paresen. Bei Patientin 2 scheint die Impfung eine Rolle gespielt zu haben; in einem einzigen Falle endlich (Nr. 4) entwickelte sich die Hysterie anschliessend an eine Infectionskrankheit (Variola).

Verlauf und Ausgänge.

Zur Zeit ihres Spitalaufenthaltes waren die meisten unserer Patienten zwischen 10 und 14 Jahre alt.

Wann sind aber die ersten Symptome aufgetreten?

In der Hälfte der Fälle konnte ich es von den Eltern sehr genau erfahren, weil sich die Krankheit acut oder wenigstens rasch entwickelt hatte.

In den anderen Fällen war die Entwickelung der Hysterie eine sehr protrahirte, allmähliche; da war es auch nicht möglich, genaue und zuverlässige Angaben über das Auftreten der ersten Symptome zu erhalten.

Schmidt hat die Frage gestellt: „Wie verhält sich die grössere oder geringere hereditäre Belastung zum Zeitpunkt des Auftretens der Hysterie?“ — Ohne zu sehr in Details einzugehen, will ich betonen, dass bei 8 Patienten die ersten Symptome sicher vor dem 10. Lebensjahre sich gezeigt haben, und dass nicht weniger als 6 von diesen nervenkranke Eltern oder nahe Verwandte aufzuweisen hatten, während von den 16 Kindern, die erst nach dem 10. Jahre erkrankten, nur die Hälfte nervös belastet war.

Nicht blos diese Angabe, sondern auch der hohe Procentsatz (58%) der neuropathischen Belastung unserer Patienten überhaupt (die alle weniger als 14 Jahre alt waren) zeigt wohl, wie häufig bei Kindern die Heredität eine Rolle spielt und das frühe Auftreten der Hysterie befördert, im

Gegensatz zu den Erwachsenen, wo nach Briquet blos für 25% eine hereditäre Belastung konnte nachgewiesen werden.

Diese ersten Keime der Hysterie finden meistens bei Kindern einen sehr günstigen Boden zur weiteren Entwicklung. In dem empfindlichen, an Erfahrungen noch sehr armen Kinderhirn prägen sich die falschen Sinneseindrücke sehr leicht und deutlich ein und können nicht corrigirt werden. Selten bringt die Umgebung des Kranken verständige Hilfe dazu.

Durch vermehrte, aber zugleich verkehrte Pflege und Aufmerksamkeit vermehren sich oft die Klagen des kleinen Patienten, die Verwirrung, die schon in ihm herrscht, wird immer grösser. Nimmt man das Kind gleich aus dieser gefährlichen Luft weg, so kann die Krankheit in ihrem Verlaufe sehr abgekürzt werden; oft genügen einige Tage Spitalbehandlung, um die auffallendsten Symptome zum Verschwinden zu bringen und das Aussehen des Kindes bedeutend zu bessern, sodass es als geheilt entlassen werden kann.

Nur zwei von unseren Patienten sind ungeheilt ausgetreten (2, 8).

Erkundigt man sich aber nach einigen Monaten oder Jahren über den weiteren Verlauf der Krankheit, so wird man leider erstaunt sein über die oft ungünstigen Resultate.

In dieser Beziehung möchte ich den oben mitgetheilten Fällen etwas genauer nachgehen. Fall 3, über den ich keine nähere Auskunft bekommen konnte, und Fall 24, der seit zu kurzer Zeit beobachtet wird, lasse ich hier unberücksichtigt.

Von den übrigbleibenden 22 Patienten bekamen 14 Recidive, einige gleich nach dem Spitalaustritt, andere bis 4 Jahre nachher, und doch haben sich blos 4 deshalb wieder vorgestellt.

Diejenigen, die keine Recidive aufzuweisen hatten, blieben doch meistens anämisch, und mehrere machten mir den Eindruck, nicht nur allgemein körperlich zu leiden, sondern nur der Veranlassung zu bedürfen, um neue Anfälle ausbrechen zu lassen. Eben dieses krankhaften Zustandes wegen haben sie sich oft allmählich in der Familie eine besondere Stellung erobert, werden verwöhnt, geschont, und die schon vorhandene Neigung zur Hysterie, statt sich nach und nach zu verlieren, scheint eher jedes Jahr zuzunehmen.

Leider sind mehrere interessante Fälle dieser Art noch zu neu, um über das Endresultat berichten zu können.

11 frühere Patienten hingegen sind schon über 17 Jahre alt, und seit mehr als 5 Jahren aus dem Spital entlassen worden; sie erlauben uns, auf die verschiedenen Formen des Ausgangs der infantilen Hysterie einzugehen, was durch einen Blick auf die Tabellen erleichtert wird.

Unser Fall 4, jetzt ein kräftiger Bursche, hat sich am besten erholt; es zeigten sich auch bei ihm keine Rückfälle mehr.

Die 10 anderen Patientinnen haben Klagen irgend welcher Art, keine ist verheirathet. Bei drei von ihnen (1, 6, 11) dauerten die Anfälle nach dem Spital nicht mehr lange und kamen bis jetzt nicht wieder. Doch ohne eigentlich krank zu sein berathen sie oft den Arzt wegen Herzklopfen, Kopfweh oder leichter Nervosität.

3 andere (5, 9, 10) haben gegen die allgemeine Schwäche, hauptsächlich gegen die Kopfschmerzen, alles Mögliche angewandt, ohne Erleichterung zu bemerken, und wollen deshalb keinen Arzt mehr. Die Anfälle, die vielerlei Klagen sind wieder aufgetreten; die Kranken sind resignirt, sie raffen sich nicht mehr auf, ihre Schmerzen und Klagen zu überwinden: ihre noch vorhandene Hysterie hat einen melancholischen Charakter angenommen (so besonders Fall 5 u. 9).

Nr. 10 ist geistig und körperlich etwas zurückgeblieben, in stärkerem Grade noch Nr. 12, während Fall 8, wo die Anfälle eher epileptischer Natur waren, jetzt als schwachsinnig zu bezeichnen ist.

Besonders hartnäckig erscheint Fall 2, noch ungeheilt. Endlich schreiten bei Fall 7 die psychischen Symptome so unaufhaltsam fort, die Gehörshallucinationen ganz besonders werden jetzt so lebhaft empfunden und so wenig corrigirt, dass diese hysterische Psychose wohl als unheilbar angesehen werden muss.

Der günstige Ausgang betrifft einen Patienten (Nr. 4) aus ganz gesunder Familie, während bei den schweren Formen, speciell im Fall 7, neuropathische oder tuberculöse erbliche Belastung besteht.

In Bezug auf die Menstruationsvorgänge lauten die Antworten zu verschieden, als dass allgemeine Schlüsse gezogen werden dürften. Doch sieht man bei drei Patientinnen deutlich (5, 7, 9), wie mit Eintritt der ersten Periode alle früher verschwundenen Symptome von Neuem auftraten und sich weiter entwickelten.

Die Menses spielen hier somit die Rolle einer determinirenden Ursache für neue Recidive; Unregelmässigkeit derselben beförderte auch das Auftreten späterer Rückfälle.

Diagnose.

Die Stellung der Diagnose war in den meisten unserer Fälle keine schwierige Aufgabe. Doch giebt es eine Anzahl

krankhafter Zustände, die mit der Hysterie und ihren mannigfaltigen Symptomen auffallende Aehnlichkeit haben und zur Vorsicht bei der Benennung der Affection mahnen.

Allgemeine Klagen, allerlei Schmerzen und abnorme Sensationen, wie sie bei den Patienten 9 und 10 vorkamen, sind schon mehrmals als Prodromalerscheinungen von Miliartuberculose, von Cerebrospinalmeningitis[1]) beobachtet worden.

Eine sehr genaue Untersuchung und Beobachtung (Fieber, Pupillendifferenz, Verlauf) kann allein unangenehme Täuschungen vermeiden lassen.

Doch muss man bedenken, dass auch bei Hysterie z. B. Fieber zufällig vorhanden sein kann, was ich besonders bei Fällen mit Gelenkschmerzen, Rheumatismen mehrmals sah.

Zwischen Hysterie und Hypochondrie der Kinder hat Emminghaus folgende Unterscheidungsmerkmale angegeben. „Hysterische Kinder," sagt er, „glauben besonders schwer leiden zu müssen und wollen ihren Zustand gewürdigt, verstanden wissen. Sie sind anspruchsvoll genug, auch zu verlangen, dass die perversen Aeusserungen ihrer Gefühle ihre Idiosynkrasien nicht nur ohne Weiteres hingenommen, sondern ästimirt, bestaunt werden. Gerade das letztere ist bei der Hypochondrie nicht der Fall."

Endlich stehen im Kindesalter manche epileptische Anfälle den hysterischen sehr nahe, und es kommen immer Fälle vor, wo man irre geführt wird, besonders wenn neben unvollständigen Anfällen Simulation besteht, die zusammen ganz atypische Krankheitsbilder schaffen können.

Ein solches Beispiel möchte ich hier anführen:

Fritz R., geboren 1864. Aufgenommen im Kinderspital d. 5. IV. 1876. 12 Jahr alt. Uneheliches Kind. Hereditär tuberculös und neuropathisch belastet.

Patient war von Kind an eigensinnig, unfolgsam, musste als Taugenichts in einer Besserungsanstalt versorgt werden, wo er im 10. Lebensjahre die ersten Anfälle bekam. Diese wurden allmählich frequenter und stärker. — Im Kinderspital hatte Patient den ersten Tag (4. April 1876) 99 Anfälle, die als epileptiform zu bezeichnen waren: Unempfindlichkeit der Cornea und des ganzen Körpers. Anscheinende Bewusstlosigkeit. Rechte Gesichtshälfte contrahirt, linke wie gelähmt. Tonische und clonische Krämpfe. Dauer 1—2 Minuten, nachher freier Intervall. Vor dem Anfall keine Aura, kein Ohrensausen.

Verordnung: Bromkali. Am 2. Tag 230 ähnliche Anfälle, doch ohne jede Temperaturerhöhung (37,5°), ohne Zungenbiss oder andere Verletzungen. Dabei war der linke Arm wie gelähmt, der Gang unsicher.

In den folgenden Tagen viel weniger Anfälle.

Am 12. April, als das Kind noch über 20 Anfälle hatte, fiel es auf,

1) Tuszek loc. cit. Nr. 31, Emminghaus loc. cit. S. 196.

dass es in unbemerkten Augenblicken den sonst gelähmten linken Arm gut bewegte und sich überhaupt ganz anders benahm.

Verdacht auf Simulation, weshalb gleich am andern Tage tüchtige Faradisation angewandt wurde, sowie Drohung mit einem Glas kalten Wassers, sobald sich Unruhe einstellen wollte.

Seit diesem Moment bis zum 24. April keinen einzigen Anfall mehr!

Patient giebt endlich zu, während der Anfälle nie ganz bewusstlos gewesen zu sein, erzählt genau, was man während derselben mit ihm vorgenommen hat, und gesteht, nach Belieben solche provociren und simuliren zu können.

Vor dem Anfall fühlt er jeweilen Schwindel, dann Kitzeln im Halse und sieht rothe Flecken vor den Augen.

Epilepsie konnte nach dem Allen kaum als das Wahrscheinlichste angenommen werden, und so wurde die Diagnose auf: „Hysterische Anfälle“(?) bei einem sehr perversen Kinde gestellt.

Austritt den 24. April 1876.

Patient kam auf's Land in die Lehre, führte sich überall schlecht auf, sass ein Jahr in der Strafanstalt, weil er gestohlen und ein Haus angezündet hatte.

Nach der Entlassung Ende 1880 kamen die Anfälle wieder und zwar so stark, dass man den Patienten in der Irrenanstalt versorgen musste.

Dort hielt er sich zweimal längere Zeit als Epileptiker auf. Den 21. Februar 1886 gelang es ihm zu entfliehen, er kehrte aber in ganz desolatem Zustande den 9. März von selbst zurück und starb am folgenden Tage in einem Status epilepticus (22 Jahre alt).

Die Epilepsie hatte sich seit dem Jahre 1880 vollständig entwickelt, die Anfälle stiegen mehrmals zum Status epilepticus mit hohem Fieber, aber ohne Zungenbiss, an.

Es wurden auch zuweilen Anfälle notirt, die schwächer waren und mehr in der Art der hystero-epileptischen (Contorsionen) mit unvollständiger Bewusstlosigkeit.

Patient zeigte vollblütiges Aussehen mit echt epileptischem Charakter, war händelsüchtig, leicht reizbar, grob und verlogen.

Auffallend bleibt immerhin, dass beim Exitus, trotz des Status epilepticus, der fünf Stunden dauerte, gar keine Temperaturerhöhung eintrat (36,8 °).

Die Section ergab: Leptomeningitis chronica fibrosa. Oedema levis cerebri. Anomalie der Art. vertebr.: rechte ganz dünn, linke stark erweitert. Ammonshörner normal.

Es ist hier wohl anzunehmen, dass die Anfälle vom Anfang an epileptisch waren, und nicht, dass sie sich, zuerst hysterisch, dann in epileptische umgewandelt hätten.

Dieser Fall scheint mir darauf hinzuweisen, dass wir bei vollblütigen, kräftigen Kindern, wenn solche zweifelhafte Zustände eintreten, eher an Epilepsie als an Hysterie denken müssen, und das noch um so mehr, wenn in der Familie des Patienten schon Epilepsie vorgekommen ist; daneben ist natürlich auch das Verhalten des Corneal- und Pupillarreflexes, sowie Veränderung des Charakters und allfällige tuberculöse und psychopathische Belastung in Betracht zu ziehen.

Prognose.

Es herrscht bei den verschiedenen Autoren keineswegs Uebereinstimmung in der Prognose dieser Affection bei Kindern.

Während Jolly und Briquet andeuten, dass infantile Hysterie oft sehr hartnäckig sei, betrachten z. B. Henoch und Weiss die Krankheit als leicht vorübergehend und meistens ungefährlich.

Emminghaus stellt die Prognose „im Ganzen als nicht günstig" hin.

Unsere sorgfältigen Nachforschungen, auch viele Jahre nach der Spitalbehandlung, haben uns in den Stand gesetzt, wenn auch die Zahl der beobachteten Fälle keine sehr grosse ist, über die Prognose der infantilen Hysterie im Allgemeinen Schlüsse zu ziehen, und so müssen wir uns nun der ungünstigen Prognose, wie sie Emminghaus ausspricht, unbedingt anschliessen.

Wir haben gesehen, wie häufig Recidive sich zeigten. Ist es gelungen, den Ausbruch solcher zu verhindern, so bleiben doch noch verschiedenartige körperliche und psychische Symptome zurück, wie Kopfschmerzen, Nervosität, Herzklopfen, deprimirte Stimmung, psychische Schwäche, die mehrere Patienten bis in das Jugendalter begleiten, sehr belästigend sind und auch zu späteren Rückfällen disponiren.

Tritt also die Hysterie, wie es sehr oft der Fall ist, bei Kindern auf, die seit ihrem frühesten Alter anämisch und schwächlich sind, und ist diese Anämie und Schwäche das Product schwerer tuberculöser oder neuropathischer Belastung oder zugleich Begleiterscheinung häufig nacheinander vorgekommener schwerer Erkrankungen, lebt der hysterische Patient zudem in ungesunden Verhältnissen (materiellen und moralischen), so wird man quoad valetudinem completam keinen günstigen Ausgang versprechen können.

Schäfer erwähnt,[1]) dass die Prognose für Knaben besser sei als für Mädchen, indem sich die ersteren durch ihre Lebensweise, durch den späteren Militärdienst von selbst heilen.

Wir hatten nur 3 männliche Patienten. Der eine ist in der That ausgeheilt (Nr. 4); die 2 anderen (17, 21) sind noch sehr jung, gehören aber eher den ungünstigen Fällen an; ob sich die bessere Vorhersage bewahrheiten wird, ist bis jetzt unbestimmt.

Noch möchte ich hervorheben, dass die Prognose bei

1) Schäfer. Archiv f. Kinderheilkunde. S. 401. 1884.

Knaben wie bei Mädchen auch ungemein abhängig ist von der Möglichkeit einer consequenten Therapie und von dem Zeitpunkt, wo diese eingeleitet wird.

Therapie.

Hat man die Diagnose Hysterie bei einem Kinde gestellt, so ist es von grosser Wichtigkeit, dass möglichst bald die Therapie eingreift; denn je früher diese eingeleitet wird, um so mehr haben wir Hoffnung auf dauernden Erfolg. Gleich wird man auch den Eltern auseinandersetzen, dass die Heilung zum grossen Theil von ihnen abhängt, dass sie viel schaden, aber auch sehr viel helfen können. Sie müssen wissen, dass es sich um eine reelle psychische Störung handelt, die sich durch Symptome in allen möglichen Gebieten äussern kann, „ohne dass dabei an bewusste Simulation zu denken sei". (Liebermeister.)

Die Umgebung des Kranken wird dann bald die richtige Art gefunden haben, mit dem Patienten umzugehen, und der Arzt wird seine Aufmerksamkeit auf 2 Hauptpunkte richten:

1. Beseitigung der einzelnen Symptome, hauptsächlich durch psychische Einwirkung.
2. Behandlung des Allgemeinzustandes, der Anämie, welche so häufig die Grundlage der Krankheit bildet.

Je nach dem Falle ist die Behandlung der einzelnen Symptome verschieden. Am besten geschieht es, wie Herz[1]) angegeben hat, entweder:

Durch völliges Ignoriren der Krankheit, oder:

Durch freundlichen Zuspruch, indem man die Patienten auf die nachtheiligen Folgen aufmerksam macht, oder:

Durch energisches Auftreten und Handeln, was bei Kindern viel leichter gelingt als bei Erwachsenen, und in einer Anstalt viel besser als zu Hause.

Bei den meisten unserer Fälle hat auch einfach der Spitalaufenthalt oder irgend eine psychische Einwirkung (s. Tabellen) genügt, um die hysterischen Symptome zum Verschwinden zu bringen. Selbstverständlich wirkten in diesem Sinne: Faradisation, Schlundsondirung und Laryngoskopiren.

Mit Hypnotismus und Suggestion wurden im Kinderspitale noch keine therapeutischen Versuche angestellt.

Während bei Chorea major kaltes Wasser in's Gesicht anspritzen, Athmen von Salmiakgeist meistens guten Erfolg

1) Herz loc. cit. Nr. 46.

haben, empfehlen Rosenthal, Peugniez, Weiss[1]) bei hystero-epileptischen Anfällen neben Brompräparaten und Hydrotherapie auch Versuche mit Amylnitrit.

Dauernde Heilung aber wird man dem hysterischen Patienten nur durch eine längere Zeit fortgesetzte allgemeine Behandlung bringen können. Die Ernährungs- und Constitutionsanomalien müssen bekämpft und allmählich beseitigt werden. Wir haben die Aetiologie dieser Störungen schon früher durchgenommen; ihre Behandlung ist dieselbe wie bei Erwachsenen und oft ebenso schwierig.

Bäder, kalte Waschungen, Roborantien, gesunde Luft und gute Nahrung werden hauptsächlich in Betracht kommen. Mehrere Jahre lang muss der Arzt das Kind noch in Beobachtung behalten, um sicher zu sein, dass Recidive, frisch auftauchende Symptome nicht übersehen oder vernachlässigt werden.

Verlieren bei dieser Arbeit der Arzt, die Eltern oder der Patient selbst die Geduld vor der vollständigen Heilung, so wird man mit Briquet fürchten müssen, „dass die Hysterie, die beim Kinde schon auftritt, das ganze Leben hindurch andauere".

1) Weiss. Centralblatt f. Therapie. Wien 1888. Heft V.